

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN ORIENTASI
REALITA PADA KLIEN SKIZOFRENIA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS MANGASA**



SKRIPSI

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar
Sarjana Keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Oleh :

NURRAHMAYANI

70300112023

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI (UIN) ALAUDDIN MAKASSAR**

2016

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini. Penyelesaian penelitian ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak yang telah memberikan dorongan dan bimbingan.

Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada Ayahanda, Arsyad dan Ibunda tercinta, Ruwaenah atas segala bantuan dan pengorbanannya serta iringan doa yang tak terhingga demi kesuksesan penulis.

Penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Musafir Pabbabari, M.Si., selaku Rektor Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
2. Dr. dr. H. Andi Armyun Nurdin, M.Sc., selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
3. Dr. Muh. Anwar Hafid, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Ketua Program Studi Keperawatan yang senantiasa membimbing dan membina kami sampai saat ini.
4. Patima, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Sekretaris Program Studi Keperawatan yang senantiasa membimbing dan membina kami sampai saat ini.
5. Eny Sutria, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku pembimbing pertama dan Maria Ulfah Azhar, S.Kep., Ns., selaku pembimbing kedua
6. Hasnah, S.Si.T., S.Kep., Ns., M.Kes. selaku penguji pertama dan Prof. DR. H.M.Sattu Alang, MA. selaku penguji kedua yang senantiasa memberikan arahan dan bimbingan demi kesempurnaan skripsi ini
7. Semua Dosen Program Studi Keperawatan yang selalu memberikan kami motivasi dan semangat dalam melaksanakan tugas kami sebagai seorang mahasiswa.
8. Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya.
9. Kepala Puskesmas Mangasa, Muriati Muin, S.Si.T., dan Mahyudin, S.Kep., selaku penanggung jawab program CMHN yang telah meluangkan waktu dan memberikan bantuannya selama kegiatan penelitian di wilayah kerjanya.
10. Semua keluarga tercinta, terima kasih atas semua dukungan dan motivasinya selama ini dan terutama untuk kedua adikku yang tersayang, Muhammad Ickbal

dan Irma Nurul Awaliah yang selalu menjadi tempat berbagi, pemberi dorongan dan motivasi untuk melalui suka duka hidup ini.

11. Sahabat-sahabat terbaik Aulia Rahma, Nurfatwasari, Rahma Niar, dan Uswah Hasanah yang selalu menyediakan bantuan tenaga dan pikiran selama penyusunan skripsi ini.
12. Saudari-saudari seperjuangan Ummu Alfatimah, Rusdiana.M, Nurelisa, Andini Fitriani, Sri Novi Ardilla, Ade Irma Suhardi, Marhani, Nurilmi, Nurul Hijriahni, Nurmila Sandi, Vivi Juwita Abdul atas dorongan semangat dan motivasi, serta selalu bersedia menjadi tempat berkeluh kesah dalam melewati segala hambatan selama masa perkuliahan.
13. Tanpa terkecuali teman – teman seperjuangan yang terhebat dan terkasih angkatan 2012 Program Studi Keperawatan yang senantiasa memberikan motivasi, dorongan dan semangat dalam melalui semua perjuangan ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan hasil penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang sifatnya membangun dari berbagai pihak penulis sangat harapkan demi kesempurnaan penulisan skripsi di masa yang akan datang. Semoga segala bantuan yang diberikan dapat bernilai ibadah di sisi-Nya. *Aamiin yaa Rabbal Alaamiin.*

Makassar , Maret 2016

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
ABSTRAK	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Hipotesis	4
D. Tujuan Penelitian	5
E. Definisi Operasional	5
F. Manfaat Penelitian	7
G. Keaslian Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Tinjauan Umum Skizofrenia	12
B. Tinjauan Umum Orientasi Realita	30
C. Tinjauan Umum Dukungan Keluarga	31
D. Kerangka Konsep Penelitian	36
E. Kerangka Kerja	37
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	38
B. Populasi dan Sampel	38
C. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	40
D. Instrumen Penelitian	41
E. Lokasi dan Waktu Penelitian	42
F. Metode Pengumpulan Data	42
G. Pengumpulan Data	43
H. Analisa Data	44

I. Etika Penelitian	44
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Profil Puskesmas Mangasa	47
B. Hasil Penelitian	50
C. Pembahasan	60
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	75
B. Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

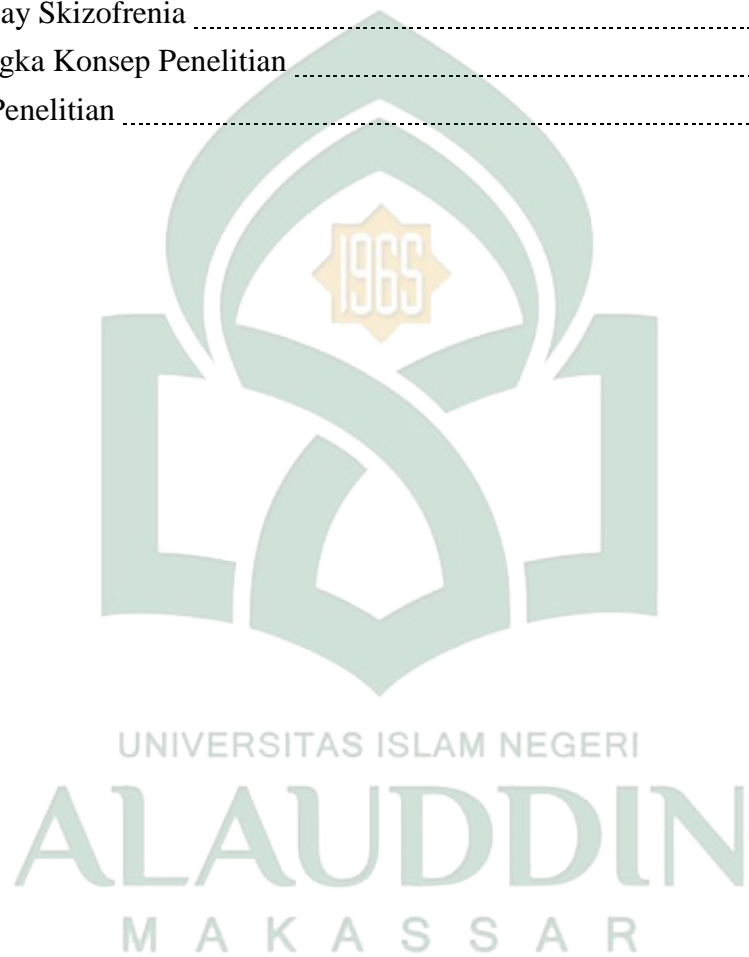
Nomor Tabel	Judul	Halaman
1.1	Keaslian Penelitian	8
4.1	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	50
4.2	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	51
4.3	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	51
4.4	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	52
4.5	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Perawatan Bagi Anggota Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	52
4.6	Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	53
4.7	Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	53
4.8	Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	54
4.9	Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Status Pernikahan di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	54
4.10	Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Diagnosa Keperawatan di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	55
4.11	Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Faktor Penyebab di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	55
4.12	Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Emosional di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	56

4.13 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Informasional di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	56
4.14 Distribusi Klien Berdasarkan Orientasi Realita di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	57
4.15 Hubungan Dukungan Emosional Terhadap Orientasi Realita Klien di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	57
4.16 Hubungan Dukungan Informasional Terhadap Orientasi Realita Klien di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa	58
4.17 Hasil Uji Regresi Logistik Variabel	59



DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul	Halaman
2.1	Pathway Skizofrenia	21
2.2	Kerangka Konsep Penelitian	36
2.3	Alur Penelitian	37



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuisioner Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Izin Penelitian dari Unit Pengembangan dan Penanaman Modal (UP2T) BKMD Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Makassar
- Lampiran 4 : Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar
- Lampiran 5 : Surat Rekomendasi Penelitian dari Puskesmas Mangasa Kota Makassar
- Lampiran 6 : Master Tabel
- Lampiran 7 : Distribusi Frekuensi data penelitian
- Lampiran 8 : Hasil Analisis Data Penelitian
- Lampiran 9 : Hasil Uji Validitas Instrumen
- Lampiran 10 : Hasil Uji Reliabilitas Instrumen



ABSTRAK

Nama : Nurrahmayani

Nim : 70300112023

Judul : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Orientasi Realita pada
Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa dimana gejala pada penderita adalah gangguan kognitif, gangguan orientasi serta gangguan dalam emosionalnya. Faktor yang berpengaruh antara lain faktor predisposisi, mekanisme koping tidak efektif dan dukungan dari lingkungan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan orientasi realita pada pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa.

Penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif, melalui pendekatan *cross sectional*. Analisa data menggunakan uji statistik *Chi-Square* dan *Uji Regresi Logistik*. Populasi penelitian sebesar 67 keluarga. Penarikan sampel menggunakan *Purposive Sampling*, di peroleh 20 sampel penelitian.

Hasil uji bivariat menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dengan orientasi realita pada pasien skizofrenia dimana nilai kemaknaan (*p value*) sebesar 0,008 dan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan informasional dengan orientasi realita pada pasien skizofrenia dimana nilai kemaknaan (*p value*) sebesar 0,022. Hasil uji multivariat menunjukkan bahwa dukungan informasional lebih bermakna pada orientasi realita klien skizofrenia dimana nilai *significancy* sebesar 0,014. Faktor kebutuhan ekonomi dan pekerjaan lebih dominan terhadap kejadian skizofrenia.

Kesimpulan pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan orientasi realita pada pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa.

Kata Kunci: Skizofrenia, Dukungan Keluarga, Orientasi Realita

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Orientasi Realita Pada Klien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa,” yang disusun oleh Nurrahmayani, NIM : 70300112023, mahasiswa Jurusan Keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam sidang *Munaqasyah* yang diselenggarakan pada hari Kamis, tanggal 4 Februari 2016 M, bertepatan pada 24 Rabiul Akhir 1437 H, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana dalam Ilmu Keperawatan, Jurusan Keperawatan.

Gowa, 4 Maret 2016 M
24 Jumadil Awal 1437 H

DEWAN PENGUJI :

Ketua	: Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc.	()
Sekretaris	: Dr. Nur Hidayah, S.Kep., Ns., M.Kes.	()
Munaqisy 1	: Hasnah, S.SiT., S.Kep., Ns., M.Kes.	()
Munaqisy II	: Prof. DR. H. M. Sattu Alang, MA	()
Pembimbing I	: Eny Sutria, S.Kep., Ns., M.Kes.	()
Pembimbing II	: Maria Ulfah Azhar, S.Kep., Ns.	()

Diketahui oleh :
 Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar


Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc.
NIP. 195502031983121001

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasar pada prinsip bahwa asuhan keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik yang meliputi bio-psiko-sosio-spiritual-kultural. Manusia sebagai makhluk biologis memiliki ciri antara lain terdiri atas sekumpulan organ yang semuanya mempunyai fungsi yang terintegrasi, dan untuk mempertahankan hidupnya ia memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Manusia sebagai makhluk psiko, artinya manusia adalah makhluk yang berjiwa. Manusia mempunyai kemampuan berpikir, kesadaran pribadi dan kata hati. Manusia sebagai makhluk sosial, artinya manusia adalah makhluk yang tidak bisa lepas dari orang lain dan selalu berinteraksi dengan mereka. Manusia sebagai makhluk spiritual, mempunyai hubungan dengan kekuatan di luar dirinya, hubungan dengan Tuhannya, dan mempunyai keyakinan dalam hidupnya (Asmadi, 2008).

Mengenai kebutuhan akan keempat unsur diatas, ketika salah satu atau lebih dari satu tidak terpenuhi, maka akan berakhir pada perubahan status mental atau mengalami gangguan kejiwaan. Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala-gejala yang patologik dari unsur psiko. Namun, hal ini tidak berarti bahwa unsur yang lain tidak terganggu. Sekali lagi, yang sakit dan menderita ialah manusia seutuhnya dan bukan hanya badannya, jiwanya atau lingkungannya (Yosep, 2007).

Data statistik yang dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO) tahun 2014, menyebutkan bahwa prevalensi gangguan jiwa tipe skizofrenia semakin meningkat dari tahun ke tahun di berbagai negara, WHO memperkirakan terdapat lebih dari 21 juta orang di dunia yang mengalami skizofrenia. Skizofrenia ini lebih sering didapati pada pria yaitu sekitar 12 juta orang dibanding pada wanita yaitu sekitar 9 juta orang. Lebih dari 50% penderita skizofrenia tidak mendapatkan layanan kesehatan yang memadai. Selain itu, 90% penderita skizofrenia berasal dari negara berkembang (WHO, 2014).

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia saat ini 1,7 % per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Proporsi Rumah Tangga yang pernah memasung Anggota Rumah Tangga gangguan jiwa berat 14,3% dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di pedesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Terbukti dari hasil survei menunjukkan bahwa angka prevalensi gangguan jiwa berat tipe skizofrenia sebanyak 2,6% per mil di wilayah Sulawesi Selatan (Riskesdas, 2013).

Menurut JP. Chalpin (1981) dalam Alang (2011) psikosa (*psychosis*) merupakan bentuk gangguan mental yang ditandai dengan adanya gangguan organisasi kognitif, gangguan orientasi waktu, ruang, orang, serta adanya gangguan dalam emosionalnya. Keadaan tersebut menyebabkan penderita mengalami disintegrasi kepribadian, yang dapat menyebabkan terputusnya hubungan dirinya dengan realita, bahkan dapat mengganggu fungsi sosialnya. Pada beberapa kasus disertai adanya halusinasi dan delusi.

Penelitian yang dilakukan oleh Rahayu (2010) mengenai “Gambaran Perkembangan Otak Pasca Stroke Setelah Dilakukan Aktivasi Otak” menyatakan bahwa melalui berbagai stimulasi sensoris dan motoris yang dilakukan secara teratur dan berulang akan memudahkan bagi otak manusia untuk mengadakan perubahan struktural dan fungsional. Dengan kata lain, hal ini juga memperbaiki atau menyusun kembali memori klien.

Keluarga memegang peranan yang cukup penting dalam beberapa hal mengenai orientasi klien terhadap tempat, waktu, orang dan realita. Hal ini dikemukakan oleh Combs dan Snygg (dikutip oleh Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J., 1991, 373) bahwa pengalaman awal kehidupan dalam keluarga merupakan dasar pembentukan konsep diri. Dapat dikatakan lingkungan paling utama yang membentuk individu adalah keluarga. Keluarga merupakan unit penting yang memiliki intensitas interaksi paling besar dengan individu. Dalam keluarga dan lingkungan sosial, pendekatan secara emosional adalah pendekatan yang paling sering dijumpai, selain itu adapula pendekatan informasional, instrumental dan pemberian umpan balik positif.

Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Erawati (2015) mengenai *The Family Support for Schizophrenia Patients On Community a Case Study*, menemukan bahwa terdapat 3 hal mengenai dukungan yang diberikan oleh keluarga, yaitu biaya untuk obat antipsikotik, peningkatan pemahaman keluarga merawat klien skizofrenia, dan peningkatan kualitas hidup klien skizofrenia. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Sariah (2012) mengenai *Factors Influencing Relapse Among Patients with Schizophrenia in Mihimbali National Hospital : The Perspective of Patients and Their Caregivers*,

mengemukakan bahwa pasien dan pemberi layanan kesehatan merasa bahwa pasien yang tidak ketergantungan terhadap anti psikotik merupakan penyebab kekambuhan, faktor lain seperti kurangnya dukungan keluarga, stress, dsb.

Data yang diperoleh dari wilayah kerja Puskesmas Mangasa menunjukkan bahwa penderita gangguan jiwa sebanyak 284 kunjungan selama 3 tahun terakhir (2012 hingga 2014). Penderita skizofrenia diantaranya sebanyak 185 kunjungan (67 orang) atau sekitar 65,14%. Penderita yang masih dalam perawatan selama 3 tahun terakhir antara lain, skizofrenia ringan sebanyak 4 orang, skizofrenia sedang sebanyak 19 orang, dan skizofrenia berat sebanyak 44 orang. Jumlah kunjungan ke fasilitas kesehatan meningkat dari tahun ke tahun. Klien berasal dari berbagai usia, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

Berdasarkan uraian tersebut diatas, dimana gangguan jiwa berupa gangguan jiwa berat (skizofrenia) memiliki prevalensi yang cukup tinggi di Sulawesi Selatan. Peneliti merasa tertarik untuk meneliti lebih jauh tentang “Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Orientasi Realita Pada Klien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, bahwa klien dengan gangguan mental akan mengalami disorganisasi kognitif, disorientasi waktu, ruang, orang dan gangguan dalam emosionalnya, maka ditetapkan rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan orientasi realita pada klien skizofrenia?”

C. Hipotesis

1. Hipotesis Null (H_0) :

- a. Tidak terdapat hubungan dukungan emosional dengan orientasi realita pada klien skizofrenia
- b. Tidak terdapat hubungan dukungan informasional dengan orientasi realita pada klien skizofrenia

2. Hipotesis Alternatif (H_a) :

- a. Terdapat hubungan dukungan emosional dengan orientasi realita pada klien skizofrenia
- b. Terdapat hubungan dukungan informasional dengan orientasi realita pada klien skizofrenia

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya hubungan dukungan keluarga dengan orientasi realita pada klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya hubungan dukungan emosional dari keluarga dengan orientasi realita pada klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa.
- b. Diketuinya hubungan dukungan informasional dari keluarga dengan orientasi realita pada klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa.

- c. Diketahuinya bentuk dukungan keluarga yang lebih bermakna terhadap orientasi realita pada klien skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa
- d. Diketahuinya faktor yang dominan berpengaruh terhadap kejadian skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

E. Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2008).

1. Variabel Independen : Dukungan Keluarga

- a. Dukungan Emosional, memberikan klien perhatian, perasaan nyaman, merasa dicintai dan dimiliki meskipun saat mengalami suatu masalah, bantuan pendampingan, pemenuhan kebutuhan dan rasa percaya, sehingga individu yang menerimanya merasa berharga

Kriteria Objektif :

- 1) Baik jika nilainya > 14
- 2) Kurang Baik jika nilainya ≤ 14
- b. Dukungan informasional, mencakup pemberian arahan dan informasi yang bersifat direktif yang diberikan anggota keluarga terhadap klien gangguan jiwa

Kriteria Objektif :

- 1) Baik jika nilainya > 12
- 2) Kurang Baik jika nilainya ≤ 12

2. Variabel Dependen : Orientasi Realita

Kemampuan orientasi realita klien dilihat melalui indikator berikut :

- a. Waktu : misalnya dengan melihat jam, menggambarkan musim atau cuaca yang sedang dirasakan
- b. Tempat : Klien akan menyebutkan tempat ketika dibuat teka-teki tentang tempat, jalan melewati gedung, maupun lingkungan gedung
- c. Orang : Klien dapat mengenali dirinya sendiri, orang lain, keluarga, teman sekelompok atau teman mainnya dalam lingkungan.

Kriteria Objektif :

- 1) Kemampuan Orientasi Realita Baik jika nilainya > 16
- 2) Kemampuan Orientasi Realita Kurang Baik jika nilainya ≤ 16

F. Manfaat Penelitian

1. Terhadap Peneliti

Menerapkan ilmu metodologi penelitian, manajemen data, riset keperawatan dan ilmu keperawatan jiwa, serta merupakan pengalaman dalam rangka menambah wawasan keilmuan bagi peneliti

2. Terhadap Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan peran keluarga dalam rehabilitasi khususnya orientasi realita klien, yang menjadi dasar dalam membangun kembali kehidupan sosial individu.

3. Terhadap Profesi

- a. Hasil penelitian ini dapat meningkatkan pemahaman perawat tentang hubungan dukungan keluarga dengan orientasi realita pada klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa demi meningkatnya mutu asuhan keperawatan khususnya dukungan dari keluarga terhadap klien-klien dengan masalah gangguan jiwa berat sehingga dapat membantu mengurangi jangka waktu penyembuhan yang akan mendorongnya menuju derajat kesehatan yang lebih tinggi.
- b. Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan oleh Rumah Sakit Jiwa dan Puskesmas sebagai masukan dan bahan pertimbangan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan jiwa di wilayah kerjanya

4. Terhadap Institusi

Hasil Penelitian dapat digunakan sebagai data dasar dalam meluaskan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan dukungan keluarga dengan orientasi realita pada klien skizofrenia baik di wilayah kerja Puskesmas Mangasa maupun di tempat lain.

G. Keaslian Penulisan

Tabel 1.1
Keaslian Penulisan

No	Judul	Peneliti	Tahun	Isi
1	Dukungan Keluarga pada Proses Pemulihan Mantan Skizofrenia Katatonik	Silvy Nur Hidayati	2012	Metode : Kualitatif, case study Variabel : Dukungan Keluarga, Proses Pemulihan Hasil : Dukungan yang diberikan kepada mantan skizofrenia sangat

				berpengaruh pada proses pemulihannya, peran keluarga merupakan dukungan yang terbesar yang mampu membantu proses pemulihan tersebut.
2	Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Prov.Sul-sel	Nursia	2011	Metode : Kuantitatif, Cross Sectional Variabel : Dukungan Keluarga, Perawatan Berulang Hasil : Dukungan Emosional yang diberikan keluarga berpengaruh pada kejadian perawatan berulang pada pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan
3	Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Proses Rehabilitasi Klien dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi di RSKD Prov.Sul-sel	Aspar Ahmad	2012	Metode : Kuantitatif, Cross Sectional Variabel : Dukungan Keluarga, Proses Rehabilitasi Hasil : Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap proses rehabilitasi klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi di RSKD Prov. Sul-sel
4	<i>The Family Support for Schizophrenia Patients On Community a Case</i>	E. Erna Erawati, Budi Anna Keliat.	2015.	Metode : Kualitatif, Studi Kasus Variabel : Dukungan Keluarga

	<i>Study</i>			Hasil : Terdapat 3 hal mengenai dukungan yang diberikan oleh keluarga, yaitu biaya untuk obat antipsikotik, peningkatan pemahaman keluarga merawat klien skizofrenia, dan peningkatan kualitas hidup klien skizofrenia.
5	<i>Reality Orientation Approach In The Reduction Of Symptoms of Depression among Women in the Community Mental Health Care, Aro-Abeakuta, Ogun State, Nigeria</i>	Busari.A.O, PhD	2014	Metode : Kuantitatif, Desain Eksperimental Variabel : Orientasi Realita, Tanda-Tanda Depresi pada Wanita Hasil : Pendekatan Orientasi Realita dapat memicu penurunan gejala Depresi pada Wanita di Community Mental Health Care, Aro-Abeakuta, Ogun State, Nigeria
6	<i>Factors Influencing relapse Among Patients with Schizophrenia in Muhimbili National Hospital : The Perspective of Patients and Their Caregivers</i>	Adellah Sariah, BScN	2012	Metode : Kualitatif, Case Study Variabel : Faktor Penyebab Kekambuhan menurut Perspektif Pasien dan Pemberi Dukungan Kesehatan Hasil : Faktor pribadi dan lingkungan adalah target utama dalam penelitian ini. Pasien dan pemberi layanan kesehatan merasa bahwa

				<p>pasien yang tidak ketergantungan terhadap anti psikotik merupakan faktor pemicu kekambuhan. Faktor lain seperti kurangnya dukungan keluarga, stress dsb.</p>
--	--	--	--	---



BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Tinjauan Umum Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah suatu gangguan yang secara umum dicirikan oleh distorsi fundamental dan khas pada proses berpikir dan persepsi, dan afek yang tidak sesuai atau tumpul. Kapasitas intelektual dan kesadaran tetap baik walaupun defisit kognitif tertentu dapat muncul seiring perjalanan penyakitnya (Bastaman, 2003).

Skizofrenia merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Dalam kasus berat, pasien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal (Ingram, 1993)

Skizofrenia ditandai dengan dua kategori gejala utama, positif dan negatif. Gejala positif berfokus pada distorsi fungsi normal, sementara gejala negatif mengindikasikan hilangnya fungsi normal (Copel, 2007).

Skizofrenia dalam bahasa awam sering disebut sebagai gila, adalah sekelompok reaksi psikotis dengan ciri-ciri pengunduran diri dari kehidupan sosial, gangguan emosional dan afektif yang kadangkala disertai halusinasi dan delusi disertai tingkah laku yang negatif atau merusak.

Skizofrenia ini ditemukan pertama kali oleh seorang psikiater Jerman, yaitu Emil Kraepelin pada tahun 1911. Namun demikian, hingga saat

ini, masyarakat masih kurang mengetahui kejelasan mengenai penyakit ini dan lebih sering menganggap penderita sebagai individu yang kurang aktif dan produktif (Yosep, 2007).

Skizofrenia ini merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa. Dalam teorinya, Teori Sosial (Caplan and Szasz) mengungkapkan bahwa seseorang akan mengalami gangguan jiwa atau penyimpangan perilaku apabila banyaknya faktor sosial dan faktor lingkungan yang akan memicu munculnya stress pada seseorang. Akumulasi stressor dari lingkungan akan diperparah oleh ketidaknyamanan dalam hubungan sosial. Jika dalam hal ini coping individu tidak bekerja dengan efektif, hal inilah yang memicu munculnya tanda gangguan jiwa. Prinsip dari teori ini adalah *Environment Manipulation and Social Support* (modifikasi lingkungan dan dukungan sosial) yang memadai (Yosep, 2007).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah suatu bentuk gangguan jiwa psikotik dimana penderita mengalami keterbatasan dalam hubungannya dengan lingkungan sekitarnya, ditandai dengan gejala berupa gangguan emosional, gangguan orientasi realita dan gangguan kognitif.

2. Faktor Penyebab

a. Predisposisi

1) Teori Biologis

- a) Faktor-faktor genetik yang pasti mungkin terlibat dalam perkembangan suatu kelainan ini adalah mereka yang memiliki anggota keluarga dengan kelainan yang sama (orangtua, saudara kandung, sanak saudara lain) (Copel, 2007).

- b) Secara relatif ada penelitian baru yang menyatakan bahwa kelainan skizofrenia mungkin pada kenyataannya merupakan kecacatan sejak lahir terjadi pada bagian hipokampus otak. Pengamatan memperlihatkan suatu kekacauan dari sel-sel piramidal didalam otak dari orang-orang dengan skizofrenia. Belakangan ini berkembang bahwa pola tertentu dari *dissociations* dalam fungsi memori pasien skizofrenia dimana terjadi penurunan memori jangka panjang, juga dalam memori yang bekerja berpasangan, contohnya memori jangka pendek-memori verbal, dan prosedural memori. Dari beberapa studi sebelumnya, ditemukan bahwa pasien dengan skizofrenia memiliki IQ yang lebih rendah daripada kelompok kontrol yang sehat, namun tentang besarnya perbedaan IQ tidak disebutkan dengan jelas. (Copel, 2007).
- c) Teori biokimia. Pada pasien penyakit jiwa seperti skizofrenia terdapat berbagai keadaan yang diyakini disebabkan oleh salah satu atau lebih dari tiga kemungkinan berikut : Terjadi hambatan terhadap sinyal-sinyal saraf di berbagai area pada lobus prefrontalis atau disfungsi pada pengolahan sinyal-sinyal, perangsangan yang berlebihan terhadap sekelompok neuron yang mensekresi dopamin dipusat-pusat perilaku otak, termasuk di lobus frontalis, abnormalitas fungsi dari bagian-bagian penting pada pusat-pusat sistem pengatur tingkah laku limbik di sekeliling hipokampus otak (Guyton, 1997).

Gangguan pada area hipokampus ini akan memengaruhi fungsi memori. Fungsi memori ini terdiri dari proses penerimaan dan penyandian informasi, proses penyimpanan serta proses mengingat. Ginsberg (2005) menjelaskan bahwa terdapat 3 jenis memori, antara lain :

- (1) Memori jangka pendek, yaitu memori yang bertanggung jawab untuk mengingat segera materi verbal atau spasial dalam jumlah sedikit.
- (2) Memori anterograd, yaitu memori yang bertanggung jawab terhadap penerimaan hal-hal baru.
- (3) Memori retrograd, yaitu mengingat kembali informasi yang telah dipelajari.

2) Teori Psikososial

Teori sistem keluarga Bawen dalam Townsend (1998) menggambarkan perkembangan skizofrenia sebagai perkembangan disfungsi keluarga (Copel, 2007).

Beberapa jenis stressor psikososial yang diungkapkan oleh para pakar, antara lain sebagai berikut (Hawari, 2008) :

a) Perkawinan

Pasangan dalam perkawinan terkadang mengalami konflik yang menyebabkan krisis dan berakhir dengan perceraian. Perpisahan dengan pasangan ini menyebabkan salah satu atau bahkan keduanya merasa tidak cukup baik sebagai pasangan.

b) Problem Orang Tua

Keadaan krisis yang dialami oleh orang tua disebabkan karena tuntutan sosial dan ekonomi yang semakin meningkat, serta perilaku tidak terkontrol yang biasanya dimiliki oleh anak seperti kenakalan remaja, pergaulan bebas, penyalahgunaan NAPZA, aborsi, dan sebagainya.

c) Hubungan Interpersonal

Hubungan antar sesama (perorangan/individual) yang tidak baik dapat merupakan sumber stress. Misalnya hubungan yang tidak serasi, tidak baik atau buruk dengan kawan dekat, kekasih, antara bawahan dan atasannya, dan sebagainya.

d) Pekerjaan

Kehilangan pekerjaan atau kesulitan mendapatkan pekerjaan akan berdampak pada gangguan kesehatan bahkan bisa sampai pada kematian. Sebaliknya, tuntutan pekerjaan yang sangat banyak sementara waktu bekerja yang sangat sempit juga menyebabkan stress.

e) Lingkungan hidup

Kondisi lingkungan hidup yang buruk besar pengaruhnya bagi kesehatan seseorang. Misalnya perumahan yang penuh dengan polusi, perumahan yang tidak aman sehingga dirasakan mengancam bagi diri individu.

f) Keuangan atau Ekonomi

Masalah keuangan dalam kehidupan sehari-hari merupakan salah satu stressor utama. Misalnya pendapatan yang lebih kecil dari pengeluaran, terlibat hutang, kebangkrutan usaha, soal warisan, dan sebagainya.

g) Hukum

Keterlibatan seseorang dalam masalah hukum dapat merupakan sumber stress. Misalnya tuntutan hukum, pengadilan, penjara, dan sebagainya. Selain itu, ditegakkannya supremas hukum yang berdampak pada ketidakadilan dapat pula menjadi sumber stres.

h) Perkembangan

Stressor yang dimaksudkan adalah tahapan perkembangan baik fisik maupun mental seseorang (siklus kehidupan). Misalnya masa remaja, masa dewasa, menopause, usia lanjut, dan sebagainya. Apabila tahapan perkembangan tersebut tidak dapat dilalui dengan baik, yang bersangkutan dapat mengalami stres.

i) Penyakit fisik atau cedera

Berbagai penyakit fisik terutama penyakit kronis atau cedera yang mengakibatkan invaliditas dapat menyebabkan stress pada diri seseorang. Misalnya penyakit jantung, stroke, kanker, HIV/AIDS, dan sebagainya.

j) Trauma

Seseorang yang mengalami bencana alam, kecelakaan transportasi, penculikan, kehilangan anggota keluarga yang sangat dicintai merupakan pengalaman traumatis yang pada gilirannya yang bersangkutan dapat mengalami stres.

- 3) Teori interpersonal menyatakan bahwa orang yang mengalami psikosis akan menghasilkan hubungan orangtua anak yang penuh kecemasan (Copel, 2007).
- 4) Teori psikodinamik menegaskan bahwa psikosis adalah hasil dari suatu ego yang lemah (Copel, 2007).

b. Presipitasi

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan neurobiologis yang maladaptif termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur perubahan isi informasi dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi rangsangan. Dijelaskan dalam beberapa literatur bahwa yang bertanggung jawab terhadap kelainan ini yaitu cairan kimia otak khususnya serotonin dan dopamin. Dopamin adalah cairan kimia yang bertanggung jawab terhadap emosi dan motivasi, sedangkan serotonin bertindak sebagai pembawa berita dan stimulator gerakan-gerakan otot dan saraf (Stuart, 2006).

2) Stress lingkungan

Secara biologis menetapkan ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku (Stuart, 2006).

3) Pemicu Gejala

Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan lingkungan, sikap dan perilaku individu, seperti : gizi buruk, kurang tidur, infeksi, kelelahan, rasa bermusuhan atau lingkungan yang penuh kritik, masalah perumahan, kelainan terhadap penampilan, stress gangguan dalam berhubungan interpersonal, kesepian, tekanan, pekerjaan, kemiskinan, keputusan, dan sebagainya (Stuart, 2006).

3. Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia melibatkan sistem dopaminergik dan serotonergik. Skizofrenia terjadi akibat dari peningkatan aktivitas neurotransmitter dopaminergik. Peningkatan ini mungkin merupakan akibat dari meningkatnya pelepasan dopamin, terlalu banyaknya reseptor dopamin, turunnya nilai ambang, atau hipersensitifitas reseptor dopamin, atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut (Copel, 2007).

Hipotesis/teori tentang patofisiologi skizofrenia :

- a. Pada pasien skizofrenia terjadi hiperaktivitas sistem dopaminergik
- b. Hiperdopaminegia pada sistem mesolimbik berkaitan dengan gejala positif. Bagian mesolimbik mengatur memori, sikap, kesadaran, proses stimulus

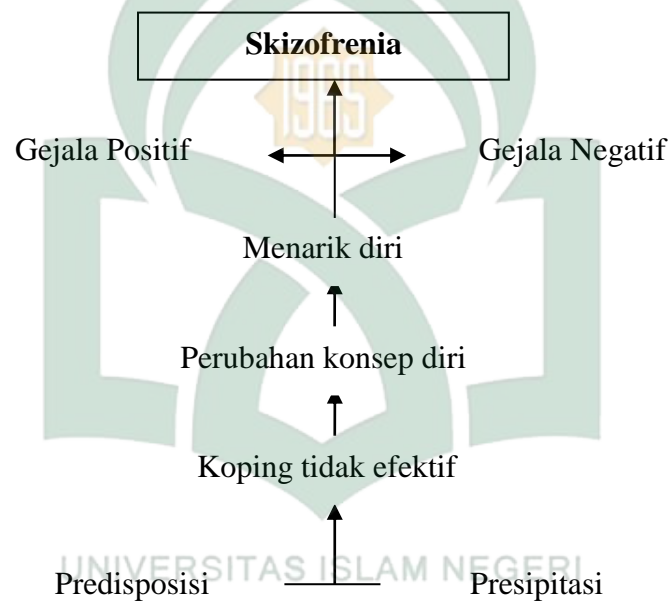
- c. Hipodopaminegia pada sistem mesokortis dan nigrostriatal bertanggungjawab terhadap gejala negatif dan gejala ekstrapiramidal. Bagian mesokortis bertanggung jawab pada kognitif, fungsi sosial, komunikasi, respons terhadap stress, sedangkan bagian nigrostriatal mengatur fungsi gerakan (Copel, 2007).

Fase perkembangan skizofrenia terdiri dari 3 fase :

- a. Premorbid : semua fungsi masih normal. Tanda yang terlihat yaitu ketidakmampuan seseorang mengekspresikan emosi : wajah dingin, jarang tersenyum, acuh tak acuh. Penyimpangan komunikasi, gangguan atensi : tidak mampu mempertahankan atensi. Gangguan Perilaku : menjadi pemalu, tertutup, menarik diri secara sosial (Alang, 2011)
- b. Prodromal : *sympton* psikotik mulai nyata (isolasi sosial, ansietas, gangguan tidur, curiga). Pada fase ini, individu mengalami kemunduran dalam fungsi-fungsi mendasar (pekerjaan dan rekreasi) dan muncul *sympton* nonspesifik seperti gangguan tidur, ansietas, konsentrasi berkurang, dan defisit perilaku. *Sympton* positif seperti curiga mulai berkembang di akhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati menjadi fase psikosis
- c. Psikosis :
 - 1) Fase Akut : dijumpai gambaran psikotik yang jelas, misalnya halusinasi, gangguan proses pikir, pikiran kacau. *Sympton* negatif menjadi lebih parah sampai tak bisa mengurus diri. Berlangsung 4–8 minggu. Selanjtnya jangka waktu untuk stabilisasi : 6–18 bulan

- 2) Stabil : terlihat residual, berlangsung 2-6 bulan, penanganan sehari-hari dengan penanganan gejala, pengurangan dan penguatan gejala, adaptasi. Gambaran pada fase ini menyerupai gambaran yang muncul pada fase prodromal, namun dalam bentuk yang lebih lemah, kadang terlihat penumpukan atau pendataran emosi (Copel, 2007).

4. Pathway



Gambar 2.1. Pathway Skizofrenia

5. Tanda dan Gejala

Stuart (2006) mengemukakan bahwa ada beberapa tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada klien dengan skizofrenia, antara lain :

a. Gambaran Utama

- 1) Ciri psikotik tertentu selama fase aktif dari gangguannya
- 2) Keruntuhan dari taraf kemampuan fungsional sebelumnya

- 3) Timbulnya pertama kali sebelum usia 45 tahun
- 4) Berlangsungnya paling sedikit 6 bulan
- b. Gambaran penyerta
 - 1) Individu nampak kehilangan akal, tidak memedulikan kerapian dirinya, berpakaian atau berdandan secara eksentrik.
 - 2) Kadang-kadang klien nampak gelisah (mondar-mandir) atau kadang berdiam diri secara apatis.
 - 3) Dari segi afeksi atau emosionalnya, klien kadang nampak depresi, kecemasan, kemarahan atau gabungan dari ketiganya.

6. Klasifikasi

a. Katatonik

Suatu bentuk skizofrenia dengan gangguan parah pada proses-proses motorik. Ditandai dengan kegelisahan yang ekstrem, aktivitas motor yang berlebihan atau hambatan motor yang parah disertai negativisme (perlawanan terhadap perintah atau nasehat), stupor (keadaan tanpa rasa atau seperti bius), kegaduhan dan sikap mematung (Tomb, 2003).

b. Hebefrenik (tak terinci)

Suatu bentuk skizofrenia yang timbul pada remaja atau dewasa awal, dengan perubahan afektif yang menonjol, waham dan halusinasi yang singkat dan terpecah, perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, mood tidak sesuai, pembicaraan inkoheren dan proses berpikir tidak terorganisasi (Tomb, 2003).

c. Paranoid

Terdapat waham yang menonjol, biasanya waham kejar atau waham kebesaran (misalnya merasa diri sebagai penyelamat bangsa atau nabi). Gejala yang menyertai biasanya kecemasan yang tak terfokus, kemarahan, sikap menantang atau tindak kekerasan (Copel, 2007).

d. Tak Terorganisasi

Gejala yang dapat terlihat antara lain perilaku kacau, menyebabkan gangguan berat dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, kurang memiliki hubungan/pertalian, kehilangan asosiasi, bicara tidak teratur, perilaku kacau, bingung atau ganjil, afek datar atau tidak sesuai, gangguan kognitif (Tomb, 2003).

e. Residual

Minimal mengalami satu episode skizofrenik dengan gejala psikotik yang menonjol, diikuti oleh episode lain tanpa gejala psikotik, emosi tumpul, menarik diri dari realita, keyakinan aneh, pengalaman persepsi tidak biasa, perilaku eksentrik, pemikiran tidak logis, kehilangan asosiasi (Copel, 2007).

7. Karakteristik Jiwa yang Sehat dalam Perspektif Islam

Al-Qur'an yang menjadi pedoman bagi umat Islam telah menjelaskan bahwa pada zaman Nabi, skizofrenia (gangguan jiwa) sudah ada, meskipun demikian terhadap masalah gangguan jiwa, ada suatu upaya untuk mencapai suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan optimal bagi individu

secara fisik, intelektual dan emosional, sepanjang hal itu tidak bertentangan dengan kepentingannya. Seperti dalam firman Allah swt. Q.S Huud (11): 54.

إِنْ نَقُولُ إِلَّا أَعْرَضْنَاكَ بَعْضُ ءَالِهَتِنَا بِسُوءٍ ۖ قَالَ إِنِّي أُشْهِدُ اللَّهَ وَأُشْهِدُوكُمْ أَنِّي بَرِيءٌ مِّمَّا تُشْرِكُونَ ﴿٥٤﴾

Terjemahnya:

“Kami hanya mengatakan bahwa sebagian sesembahan kami telah menimpakan penyakit gila atas dirimu.” Dia (Hud) menjawab, “sesungguhnya aku bersaksi kepada Allah dan saksikanlah bahwa aku berlepas diri dari apa yang kamu persekutukan”.

Ayat tersebut di atas menerangkan kelanjutan dari tantangan kaum Huud a.s. yaitu dengan mengatakan kepada Hud a.s. bahwa ucapan Hud itu mirip seperti ucapan orang yang kemasukan setan yang sama sekali tidak dapat kami terima, lebih-lebih ucapan yang meremehkan dan menghalang-halangi kami. Tantangan ini ternyata diikuti dengan tentangan yang lebih keras dari yang sebelumnya. Mereka menuduh Hud a.s menderita penyakit gila, jadi tidak perlu didengar perkataannya apalagi dipercayai dan penyakit gila itu menurut anggapan mereka disebabkan karena Hud a.s. durhaka kepada sesembahan-sesembahan mereka. Itulah sebabnya Nabi Hud a.s. mengambil kesimpulan bahwa dakwahnya tak akan berguna lagi bagi mereka, sehingga ia menjawab tantangan mereka itu dengan mengatakan bahwa ia bersaksi kepada Allah swt. dan menyuruh mereka supaya menyaksikannya, bahwa sesungguhnya ia berlepas diri dari apa yang mereka persekutukan itu. Jawaban Hud a.s. ini menunjukkan suatu sikap yang tegas, penuh dengan keimanan dalam mempertanggung jawabkan kebenaran dakwahnya yang disampaikan kepada kaumnya tanpa mempedulikan bentuk rintangan dan tantangan yang dihadapinya.

Maksud dari ayat tersebut diatas adalah tidak ada satupun yang mampu untuk melimpahkan suatu penyakit atas diri seseorang selain Allah swt. Penyakit gangguan jiwa yang diturunkan dari orang-orang yang memang menghendaki gila oleh Allah swt. Mereka mempersekutukan Allah, mempercayai dan meyakini hal-hal yang berhubungan dengan kemusyrikan mereka ditimpahkan penyakit gangguan jiwa karena adanya pelanggaran norma dan agama yang telah mereka lakukan. Hati mereka jauh dari Allah dan keimanan mereka meredup seiring dengan kepercayaannya terhadap kemusyrikan. Mereka tidak mampu menguasai diri mereka, tanpa arah sehingga merekapun menjadi gangguan jiwa. Dari itulah, Allah swt. sudah memperingatkan kita agar senantiasa menjaga keimanan kita karena sesungguhnya keimananlah yang menguatkan dan menyehatkan jiwa (Shihab, 2006).

Menurut Usman Najati dalam Baharuddin (2004), di dalam al-Qur'an ditemukan tiga pola kepribadian, yaitu pola kepribadian mukmin, pola kepribadian munafik, dan pola kepribadian kafir. Pola kepribadian munafik dan kafir menunjuk pada pribadi yang tidak sehat mentalnya, sedangkan pola kepribadian yang beriman menunjuk pada pribadi dengan mental yang sehat. Pola kepribadian yang beriman ini ditandai oleh tujuh kelompok karakteristik, yaitu :

- a. Karakteristik yang berhubungan dengan akidah ; beriman kepada Allah, beriman kepada para MalaikatNya, beriman kepada Kitab SuciNya, beriman kepada para Rasul, beriman kepada hari akhir, hari kebangkitan dan hari perhitungan, beriman kepada surga dan neraka, beriman kepada

alam gaib serta beriman kepada *qadha* dan *qadhar* Allah.

Seperti firman Allah SWT.: Q.S Al-Fath (48): 4

هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ لِيَزْدَادُوا إِيمَانًا مَعَ إِيمَانِهِمْ ۗ وَلِلَّهِ جُنُودُ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ ۗ وَكَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا ﴿٤﴾

Terjemahnya:

“Dialah yang telah menurunkan ketenangan ke dalam hati orang-orang mu'min supaya bertambah keimanan mereka di samping keimanan mereka (yang telah ada) dan milik Allah swt. bala tentara langit dan bumi. Dan Allah swt. adalah Maha Mengetahui lagi Maha Bijaksana”.

Ayat tersebut diatas menjelaskan bahwa Allah swt. mewujudkan ketenangan dan kemantapan hati tentang kebesaran Allah swt. dan kebenaran Rasul-Nya. Dan diturunkannya ketenangan (sakinah) kepada orang-orang mukminin merupakan salah satu faktor dari diraihnya kemenangan. Jadi, jelaslah bahwa karakteristik orang-orang mukminin adalah mereka yang memiliki ketenangan dan kemantapan hati akan kebesaran Allah swt. (Shihab, 2006).

- b. Karakteristik yang berhubungan dengan ibadah; menyembah Allah, menunaikan berbagai kewajiban (seperti sholat, puasa, zakat, haji), berjihad di jalan Allah baik dengan harta maupun jiwa, senantiasa mengingatNya, memohon ampunanNya (taubat), tawakal, dan membaca al-Qur'an.

Allah Swt. berfirman : QS. ar-Ra'd (13): 28

الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ ۗ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ﴿٢٨﴾

Terjemahnya:

“(yaitu) Orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Sesungguhnya, hanya dengan mengingat Allahlah hati menjadi tenteram”.

Ayat tersebut diatas menjelaskan bahwa orang-orang yang memiliki pengetahuan dan memiliki kesadaran akan kebesaran Allah swt. serta kelemahan dan kebutuhan mahluk kepada-Nya, dari kedua hal tersebut lahirlah ketenangan dan ketentraman jiwa. Kesadaran yang dimaksud adalah orang-orang mukminin menyadari bahwa Allah swt. adalah penguasa tunggal dan pengatur alam semesta, senantiasa menyebut nama-Nya, mengingat kekuasaan-Nya, serta sifat-sifat-Nya yang agung (Shihab, 2006).

Salah satu kebutuhan utama manusia adalah kebutuhan akan rasa aman dan terlindung (*security feeling*). Menurutny, rasa aman dan terlindung ini tumbuh dan dirasakan sebagai suatu kekuatan spiritual dengan doa atau salat yang dilakukan 5 kali sehari semalam, belum lagi dengan salat sunnah lainnya. Dengan beriman kepada Allah Swt., berarti orang akan menjauhi larangan-Nya, dan melaksanakan apa yang diperintahkan, agar diperoleh keselamatan/kesejahteraan baik di dunia maupun di akhirat kelak. Orang yang beriman adalah orang yang selalu ingat kepada Allah Swt. (*dzikrullah/zikir*), perasaan tenang, aman dan terlindung selalu menyertainya. Dalam menjalani kehidupan di dunia ini tiada yang perlu ditakutkan selain Allah Swt. karena Allah Swt. selalu memberikan petunjuk, taufik, serta hidayah-Nya; sehingga orang yang beriman itu senantiasa memperoleh bimbingan dan perlindungan-Nya (Hawari, 2007).

Selanjutnya dalam Q.S Al-Israa (17):82.

وَنُزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا

Terjemahnya:

“Dan (sedangkan) Kami menurunkan Al-Qur'an sebagai obat penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan ia tidaklah menambah kepada orang-orang yang dhalim selain kerugian”.

Ayat diatas menjelaskan bahwa Allah swt. telah menyediakan Al-Qur'an sebagai penawar bagi penyakit-penyakit yang ada didalam dada, dan menjadi kerugian bagi orang-orang yang dhalim disebabkan karena kekufuran mereka. Penyakit-penyakit yang ada dalam dada yang dimaksud bukanlah hanya penyakit jasmani, akan tetapi penyakit ruhani/jiwa yang berdampak pada jasmani, dengan kata lain adalah psikosomatik. Dimana munculnya perasaan tertekan dalam dada karena adanya ketidakseimbangan ruhani (Shihab, 2006).

Semua dimensi kehidupan manusia yang menyangkut aspek hukum, norma, nilai dan etika kehidupan termaktub dalam kitab suci Al-Qur'an; serta petunjuk pelaksanaannya (juklak) terdapat dalam Al-Hadis sebagaimana dicontohkan oleh Nabi Muhammad Saw. Bila para dokter selalu membaca "*textbook*" kedokteran guna menambah ilmunya untuk diamalkan bagi kesehatan pasien; maka sesungguhnya Al-Qur'an merupakan "*textbook* kesehatan mental terlengkap dan tersempurna di dunia. Bagi mereka yang mengerti menghayati dan mengamalkannya akan beroleh manfaat serta kesejahteraan lahir dan batin, selamat di dunia dan selamat pula di akhirat kelak (Hawari, 2007).

- c. Karakteristik yang berkaitan dengan hubungan kekeluargaan; berbuat baik kepada orangtua dan kerabat, pergaulan yang baik di antara suami istri, serta menjaga dan memberi nafkah keluarga.
- d. Karakteristik yang berkaitan dengan hubungan sosial; bergaul dan bekerja sama secara baik dengan orang lain, mengutamakan kepentingan orang lain daripada kepentingan sendiri, menunaikan prinsip '*amar ma'ruf nahi munkar*', yakni dengan berbuat kebajikan dan menghindarkan diri dari perbuatan yang tercela dan tidak bermanfaat.
- e. Karakteristik yang berhubungan dengan moral (akhlak); bersikap sabar, adil, rendah hati, jujur, amanah, menjaga kehormatan, mampu mengendalikan hawa nafsu dan menjauhkan diri dari perbuatan dosa, serta teguh dalam kebenaran di jalan Allah Swt.
- f. Karakteristik yang berhubungan dengan faktor emosional (afeksi); cinta kepada Allah, takut kepada azab Allah, memiliki sifat penyayang, tidak memiliki sifat dengki, sombong, tidak mudah berputus asa, senang berbuat kebajikan kepada sesama, tidak suka memusuhi dan menyakiti orang lain, mampu menahan dan mengendalikan amarah, tidak mencela diri sendiri, serta merasa menyesal setelah melakukan kekhilafan.
- g. Karakteristik yang berhubungan dengan intelektual (kognitif); berfikir tentang alam semesta beserta ciptaan Allah, menuntut ilmu pengetahuan, tidak mengikuti prasangka, mencari kebenaran, cermat dalam meneliti realitas, serta bebas dalam berpikir dan berakidah.

B. Tinjauan Umum Orientasi Realita

Orientasi adalah kemampuan seseorang untuk mengenal lingkungannya serta hubungannya dengan waktu, ruang dan terhadap dirinya serta orang lain. Disorientasi dapat timbul sebagai gangguan dari kesadaran mengenai waktu, mengenai tempat dan mengenai orang. Disorientasi dapat terjadi pada setiap gangguan jiwa yang mana ada kerusakan yang hebat dari ingatan, persepsi dan perhatian (Yosep, 2007).

Carson dan Butcher (1992) juga mengungkapkan hal senada bahwa individu dengan skizofrenia akan mengalami gangguan psikologis dan psikotik yang ditandai oleh gejala-gejala distorsi mengenai realitas, juga terlihat adanya perilaku menarik diri.

Terganggunya beberapa fungsi sehari-hari klien skizofrenia, antara lain fungsi atensi, fungsi memori, fungsi bahasa dan eksekutif sangat menjamin ikut terganggunya hubungan individu dengan kenyataan di lingkungannya. Terganggunya fungsi atensi yang mengatur pusat perhatian individu menjadikan tingkat konsentrasi individu mengenal hal-hal sekitarnya berkurang. Gangguan dalam fungsi memori mengakibatkan individu tidak dapat mencerna beberapa informasi-informasi penting. Beberapa peneliti mengemukakan bahwa klien dengan skizofrenia menggunakan strategi *encoding* yang kurang efisien, strategi *retrieval* yang tidak efisien dan usaha *recall* yang buruk. (Golberd & Gold, 2000 dalam Herdaetha, 2009)

Kemampuan orientasi realita klien dilihat melalui indikator berikut :

1. Waktu : misalnya dengan melihat jam, menggambarkan musim atau cuaca yang sedang dirasakan

2. Tempat : Klien akan menyebutkan tempat ketika dibuat teka-teki tentang tempat, jalan-jalan melewati gedung, maupun lingkungan gedung
3. Orang : Klien dapat mengenali dirinya sendiri, orang lain, keluarga, teman sekelompok atau teman mainnya dalam lingkungan. (Steven, 1999)

C. Tinjauan Umum Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan suatu ikatan atau persekutuan hidup dalam masyarakat dimana anggota keluarganya saling memiliki ikatan emosional. Oleh karena itu, orang-orang yang paling berpengaruh dalam perkembangan seseorang yaitu orang tuanya, saudaranya, sanak saudara, dan kawan-kawan dekatnya (Alang, 2011).

Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb dikutip dari Kuntjoro (2002) sebagai informasi verbal dan non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya. Pandangan yang sama juga dikemukakan Cobb yang mendefinisikan dukungan sosial sebagai adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondisinya, dukungan sosial tersebut diperoleh dari individu maupun kelompok. Sarason, 1983 (dalam Nursia, 2011) berpendapat bahwa dukungan sosial itu mencakup 2 hal yaitu :

1. Jumlah dukungan sosial yang tersedia merupakan persepsi individu terhadap sejumlah orang yang dapat diandalkan saat individu membutuhkan bantuan (pendekatan berdasarkan kuantitas).
2. Tingkat kepuasan akan dukungan sosial yang diterima berkaitan dengan persepsi individu bahwa kebutuhannya akan terpenuhi (pendekatan berdasarkan kualitas).

Berdasarkan pendapat yang dikemukakan oleh para ahli diatas, dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial merupakan dukungan atau bantuan yang diterima individu dari orang-orang tertentu dalam kehidupannya dan berada pada lingkungan sosial tertentu yang membuat si penerima merasa diperhatikan, dihargai dan dicintai. Orang yang menerima dukungan sosial yang diberikan oleh orang lain (Kuntjoro, 2012).

House (1981) dalam Cohen and Syme (1985) menyatakan bahwa bentuk dukungan sosial yang dapat diberikan dapat berupa :

1. Dukungan emosional, mencakup empati, kepedulian, kepercayaan, perhatian terhadap orang yang bersangkutan, kesediaan untuk mendengarkan, afek, kekhawatiran dan harga diri.
2. Dukungan *appraisal* (penghargaan), mencakup pemberian afirmasi, umpan balik, dan perbandingan sosial
3. Dukungan instrumental, mencakup bantuan yang bersifat *tangible*, misalnya pemberian pekerjaan, penyisihan waktu, modifikasi lingkungan, pengobatan dan uang
4. Dukungan informasional, mencakup pemberian nasihat, saran, arahan dan informasi yang bersifat direktif.

Hal yang sama pernah diungkapkan oleh Schaefer, Coyne and Lazarus (1981) yang mendeskripsikan 5 bentuk sosial support, antara lain :

1. Dukungan Emosional, berupa dukungan yang merujuk langsung pada kebutuhan emosional dan afektif individu. Dukungan ini paling sering ditemui, namun tidak ditujukan untuk pemecahan masalah secara langsung. Akan tetapi, untuk memperbaiki suasana hati individu
2. Dukungan Penghargaan, berupa dukungan untuk meningkatkan harga diri dan kepercayaan individu terhadap kemampuan mereka sendiri dalam menghadapi atau mengatasi masalahnya.
3. Dukungan Jaringan, bentuk ini tidak berfokus pada emosi atau konsep diri, tetapi lebih kepada menyampaikan bahwa individu merupakan bagian dari suatu jaringan atau mengingatkan mereka bahwa tersedia dukungan yang mereka butuhkan dari jaringannya
4. Dukungan Informasi, berupa dukungan bagaimana memberikan informasi yang dibutuhkan. Terkadang dalam menghadapi masalah, klien memerlukan bantuan informasi yang membantunya mengambil keputusan
5. Dukungan Penilaian (*tangible*), berupa dukungan yang diperoleh dari orang lain. Dalam beberapa situasi individu selalu membutuhkan bantuan orang lain.

Menurut House (Smet, 1994) dalam Setiadi (2008) setiap bentuk dukungan sosial keluarga mempunyai ciri-ciri antara lain :

1. Informatif, yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang

dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama

2. Perhatian Emosional, setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan, dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang mau memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati, dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya.
3. Bantuan Instrumental, bantuan bentuk ini bertujuan mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obat yang dibutuhkan dan lain-lain.
4. Bantuan Penilaian, yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif

Dukungan sosial bukan hanya membantu kita merasa lebih baik. Akan tetapi juga meningkatkan kualitas kesehatan, termasuk kesehatan fisik, psikologi dan sebagainya. Menurut beberapa penelitian, manfaat dukungan sosial bagi kesehatan antara lain :

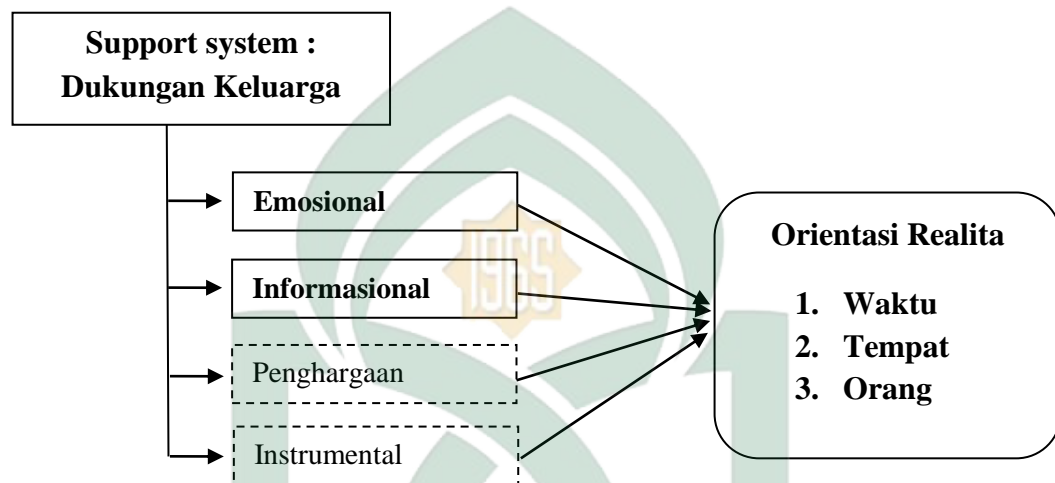
1. Penyesuaian psikologis

2. Meningkatkan kemandirian
3. Koping yang lebih baik pada peristiwa mengecewakan
4. Melawan penyakit
5. Penyembuhan dari sakit
6. Pengurangan angka kematian

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan. Sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahapan siklus kehidupan. Dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal sebagai akibatnya. Hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Nursia, 2011).

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep dibuat berdasarkan kerangka teori yang peneliti rumuskan sebagai berikut :



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



: Variabel Independen



: Variabel Dependen



: Hubungan Antar Variabel

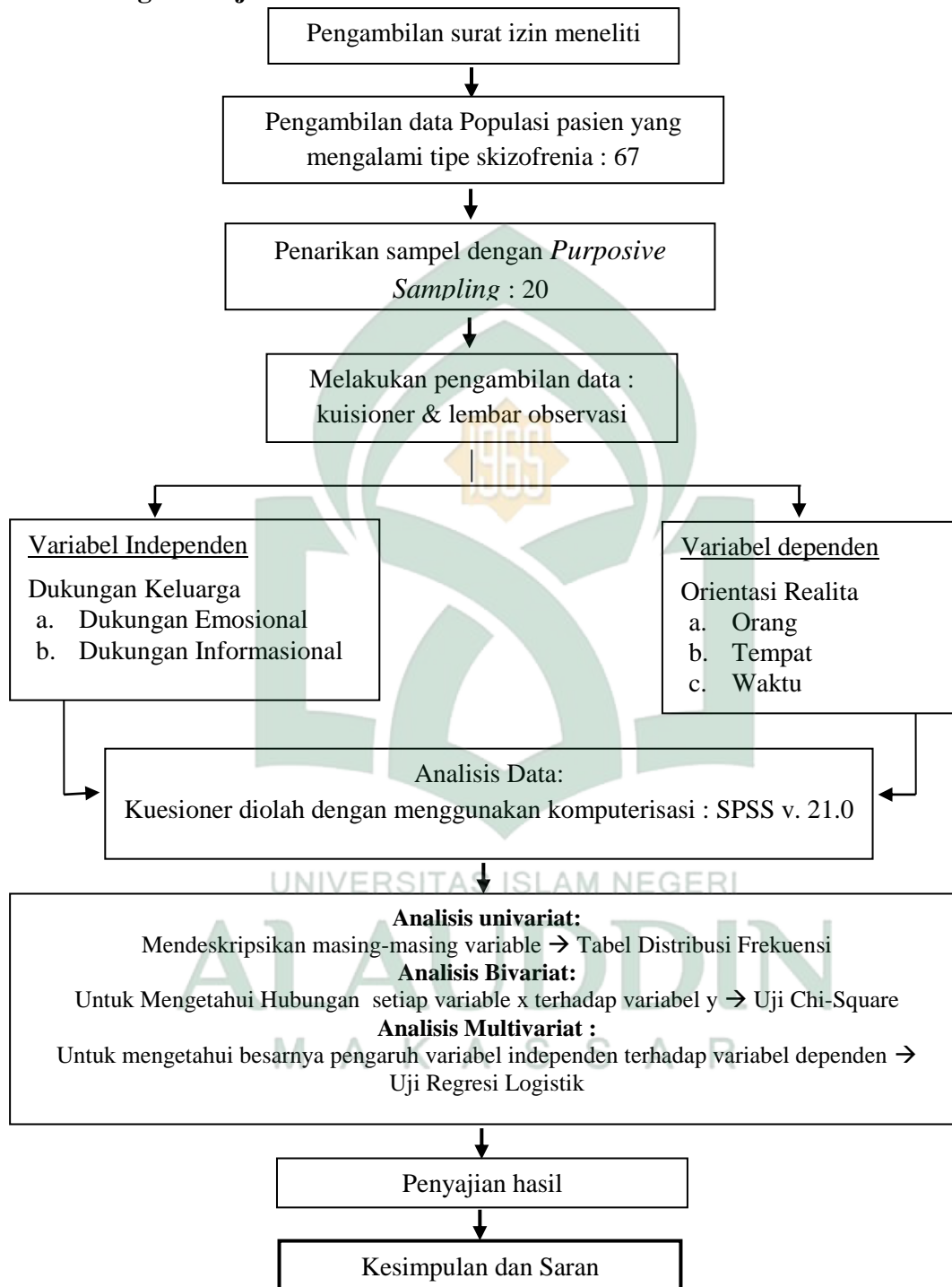
a

: Yang diteliti

a

: Yang tidak diteliti

E. Kerangka Kerja



Gambar 2.3. Alur Penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan jenis kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif melalui pendekatan *cross sectional* (belah melintang) yaitu dengan melakukan pengukuran terhadap variabel-variabel yang kemudian diinterpretasikan artinya. Desain ini dipilih karena peneliti ingin mengetahui hubungan antara variabel independen (dukungan keluarga) terhadap variabel dependen (orientasi realita), pengambilan data hanya dilakukan sekali. Pengukuran dilakukan secara bersamaan kemudian dianalisa hubungan dari variabel-variabel tersebut.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi target pada penelitian ini adalah keluarga dari klien gangguan jiwa yang mengalami tipe skizofrenia yang berada di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa. Sedangkan populasi terjangkau pada penelitian ini adalah keluarga dari seluruh klien gangguan jiwa yang didiagnosis tipe skizofrenia berat yang dirawat di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa berjumlah 67 keluarga

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah bagian dari populasi keluarga dari klien di skizofrenia yang dirawat di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa yang

memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel dipilih dengan metode *Purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel berdasarkan kriteria inklusi (Nursalam, 2008).

Perhitungan besar sample yaitu jumlah sampel minimal yang diperlukan berkisar antara 5-50 kali lebih banyak dari variabel independen. Angka yang disarankan 10x variabel independen. Maka besar sample dalam penelitian ini sebanyak $2 \times 10 = 20$ keluarga atau sebesar 29,85% dari jumlah populasi (Sugiyono, 2009).

Sampel penelitian ini adalah keluarga dari klien gangguan jiwa yang mengalami tipe skizofrenia yang dirawat di wilayah kerja Puskesmas Mangasa Kota Makassar dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Keluarga dari klien skizofrenia yang berada dan dirawat di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa Kota Makassar
- b. Bersedia untuk menjadi responden.
- c. Mampu berkomunikasi atau menjawab pertanyaan (kooperatif).
- d. Keluarga yang merawat anggota keluarga yang didiagnosis tipe skizofrenia berat
- e. Keluarga dengan anggota keluarga sakit dan dirawat lebih dari 7 bulan

Sedangkan kriteria (Eksklusi) sampel dalam penelitian ini adalah:

- a. Keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa
- b. Keluarga yang sedang dalam kondisi sakit akut maupun kronis
- c. Klien dengan riwayat perilaku kekerasan

C. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau tidaknya suatu kuisioner. Suatu kuisioner dianggap valid jika pertanyaan pada kuisioner mampu mengungkapkan sesuatu yang diukur dengan kuisioner tersebut (Dahlan, 2013). Dalam hal ini dilakukan item pertanyaan yang diharapkan dapat secara tepat mengungkapkan variabel yang diukur. Uji signifikansi ini membandingkan korelasi antara nilai total koefisien item pertanyaan masing-masing variabel melebihi nilai signifikan maka pertanyaan tersebut dinilai valid.

Pengujian validitas dilakukan dengan bantuan komputerisasi. Pengambilan keputusan berdasarkan *p value* / nilai *significansy* kurang dari 0,05 (5 %) maka item pertanyaan tersebut dinyatakan valid dan sebaliknya jika nilai *p value* atau signifikasinya sama dengan atau lebih dari 0,05 (5%) dinilai tidak valid.

2. Reliabilitas

Realibilitas adalah pengukuran untuk suatu gejala dalam penelitian. Semakin tinggi reabilitas suatu alat ukur, maka semakin stabil alat tersebut untuk digunakan. Menurut Dahlan (2013) alat ukur dikatakan *reliable* (handal) kalau dipergunakan untuk mengukur berulang kali dalam kondisi yang relatif sama, akan menghasilkan data yang relatif sama atau sedikit variasi. Tingkat reliabilitas suatu konstruk / Variabel penelitian dapat dilihat dari hasil statistik *Cronbac Alpha* (α). Suatu variabel dikatakan *reliable* jika

memberikan nilai *Cronbac Alpha* > 0,90. Semakin nilai alphanya mendekati satu maka nilai reliabilitas datanya semakin terpercaya.

D. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini instrument yang digunakan berupa kuisisioner yang berisikan pernyataan-pernyataan mengenai bentuk-bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga. Penelitian ini menggunakan skala Ordinal. Skala Ordinal ini berhubungan dengan pernyataan tentang bentuk-bentuk dukungan yang diberikan responden kepada anggota keluarga yang sedang dirawat di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa. Adapun perumusan penentuan kriteria objektifnya sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui gambaran dukungan emosional dari keluarga digunakan 6 pernyataan positif dan menggunakan skala ordinal dengan nilai jawaban selalu (4), sering (3), jarang (2) dan tidak pernah (1).
2. Untuk mengetahui gambaran dukungan informasional dari keluarga digunakan 5 pernyataan positif dan menggunakan skala ordinal dengan nilai jawaban selalu (4), sering (3), jarang (2) dan tidak pernah (1).

Sedangkan untuk menilai kemampuan orientasi realita pada klien skizofrenia digunakan lembar observasi yang diisi oleh peneliti. Lembar observasi ini berisi pernyataan-pernyataan mengenai orientasi waktu, tempat, dan orang yang diamati pada klien skizofrenia. Lembar penilaian menggunakan skala Guttman. Penentuan kriteria objektif dengan nilai jawaban ya (2) dan tidak (1).

E. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa, Jl. Monumen Emmy Saelan, BTN M.11, Kelurahan Gunung Sari, Kecamatan Tamalate, Kota Makassar terhadap responden yang memiliki anggota keluarga yang sedang dirawat.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dilaksanakan pada 27 Juli sampai 5 September 2015

F. Metode Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data yang diperoleh yaitu dengan mengunjungi lokasi penelitian dan meminta responden untuk mengisi kuisioner yang telah disusun oleh peneliti terhadap keluarga dari klien gangguan jiwa skizofrenia yang dirawat di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa Kota Makassar

2. Data Sekunder

Data yang digunakan sebagai data pelengkap untuk data primer yang berhubungan dengan masalah yang diteliti didapatkan dari instansi yang terkait yaitu Puskesmas Mangasa Kota Makassar

3. Tahap Persiapan

- a. Mengurus Perijinan dari Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar sampai ke tempat penelitian yang ditujukan yaitu kepada Kepala Puskesmas Mangasa Kota Makassar
- b. Mencari sumber pustaka dan data penunjang di lapangan yaitu jumlah klien yang menderita gangguan jiwa tipe skizofrenia

4. Tahap Pelaksanaan

- a. Menentukan sampel penelitian dari populasi yang telah ditetapkan
- b. Kemudian peneliti melakukan pendekatan dengan responden sesuai dengan kriteria inklusi
- c. Setelah kriteria inklusi terpenuhi peneliti melakukan pengambilan data dengan cara pengisian lembar penelitian oleh responden
- d. Setelah kuisioner terisi, peneliti kembali mengecek keakuratan kuisioner yang telah diisi

G. Pengumpulan Data

Pengolahan data penelitian dilakukan dengan melalui tahap-tahap yang disebutkan oleh Hastono (2001) yaitu:

1. Editing

Editing adalah proses pengecekan isian lembar observasi apakah pengisian sesuai yang diharapkan atau tidak.

2. Coding

Coding adalah kegiatan merubah data yang berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan.

3. Tabulating

Tabulating adalah mengelompokkan data kedalam suatu tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimilikinya sesuai dengan tujuan penelitian, hal ini untuk memudahkan dalam menganalisa data selanjutnya.

4. Proccesing

Proccesing adalah memproses data agar dapat dianalisis.

5. *Cleaning*

Cleaning adalah kegiatan pengecekan kembali data yang sudah diproses apakah ada kesalahan atau tidak.

H. Analisa Data

1. Univariat

Untuk mengetahui distribusi frekuensi dukungan keluarga dan orientasi realita klien skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa digunakan Tabel Distribusi Frekuensi.

2. Bivariat

Untuk mengukur hubungan antara setiap variabel x terhadap variabel y menggunakan uji *Chi-Square*, maka digunakan p -value yang dibandingkan dengan tingkat kemaknaan (α) yang digunakan yaitu 5% atau 0.05. Apabila p -value $< 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a (hipotesis penelitian) diterima, yang berarti ada hubungan antara variabel-variabel bebas dan terikat, sedangkan bila p value $> 0,05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara variabel-variabel bebas dan terikat (Sugiyono, 2009).

3. Multivariat

Untuk melihat besarnya hubungan antara setiap variabel independen terhadap variabel dependen, maka digunakan uji Regresi Logistik dengan bantuan aplikasi komputer.

I. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mendapatkan rekomendasi dari Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas

Islam Negeri Alauddin Makassar dan instansi-instansi terkait lainnya. Setelah mendapat persetujuan maka peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika (Yurisa, 2008).

1) Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*).

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*).

Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*) yang terdiri dari :

- a) Penjelasan manfaat penelitian
 - b) Penjelasan kemungkinan resiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan.
 - c) Penjelasan manfaat yang akan didapatkan.
 - d) Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian.
 - e) Persetujuan subyek dapat mengundurkan diri kapan saja.
 - f) Jaminan anonimitas dan kerahasiaan.
- 2) Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*).

Setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Pada dasarnya penelitian akan memberikan akibat terbukanya informasi individu termasuk informasi yang bersifat pribadi.

Sedangkan tidak semua orang menginginkan informasinya diketahui oleh orang lain, sehingga peneliti perlu memperhatikan hak-hak dasar individu tersebut. Dalam aplikasinya, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subyek dalam kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti dapat menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden.

3) Keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*).

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subyek penelitian. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian.

4) Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*).

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*nonmaleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stres, maupun kematian subyek penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN & PEMBAHASAN

A. Profil Puskesmas Mangasa

1. Keadaan Geografis

Puskesmas Mangasa terletak di Jalan Monumen Emmy Saelan Komplek BTN II Mangasa Kelurahan Gunung Sari Kota Makassar. Luas wilayah kerja Puskesmas Mangasa sekitar 430,62 Ha. Pembagian wilayah tersebut terdiri dari 3 kelurahan, 24 RW dan 104 RT. Secara geografis wilayah kerja puskesmas Mangasa berbatasan dengan :

- a. Sebelah utara dengan Kelurahan Kassi-Kassi
- b. Sebelah timur dengan Kelurahan Karunrung
- c. Sebelah barat dengan Kelurahan Pa'baeng-baeng
- d. Sebelah selatan dengan Kabupaten Gowa

2. Keadaan Demografis, Sosial, Ekonomi dan Budaya

Berdasarkan hasil survei tahun 2010, penduduk wilayah puskesmas Mangasa sebanyak 39.935 jiwa. Mata pencaharian penduduk di wilayah kerja puskesmas Mangasa terdiri dari : Pegawai Negeri Sipil 882 jiwa, ABRI 83 jiwa, Pedagang 284 jiwa, Tukang Batu 1.118 jiwa, Tukang Kayu 47 jiwa, Pengusaha 39 jiwa, Pengrajin 35 jiwa, Buruh 2.056 jiwa, dan Lain-lain atau pekerja tidak tetap yaitu 3.739 jiwa.

3. Sarana, Fasilitas dan Tenaga Kesehatan

Puskesmas Mangasa memiliki 20 buah posyandu yang tersebar di wilayah kerjanya dalam 3 kelurahan, yaitu Kelurahan Mangasa, Kelurahan Mannuruki dan Kelurahan Gunung Sari.

Fasilitas Kesehatan yang tersedia di Puskesmas Mangasa Ruang Kepala Puskesmas 1 unit, Kamar Periksa 1 unit, Poliklinik Gigi 1 unit, Poliklinik KIA 1 unit, Poliklinik KB 1 unit, Kamar Rekam Medik 1 unit, Ruang Tata Usaha 1 unit, Ruang Bendahara 1 unit, Ruang Administrasi 1 unit dan Laboratorium 1 unit.

Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Mangasa yaitu sebanyak 28 orang. Distribusi tenaga kesehatan tersebut terbagi atas : Kepala Puskesmas 1 orang, Dokter Umum 2 orang, Dokter Gigi 1 orang, Pelaksanaan Kebidanan 4 orang, Sarjana Kesehatan Masyarakat 1 orang, Perawat 10 orang, Perawat Gigi 2 orang, Bidan Pelaksana 5 orang, Gizi Pelaksana 3 orang, Sanitasi 1 orang, Laboratorium 1 orang dan Pekarya Kesehatan 1 orang.

4. Ruang Lingkup Kegiatan Puskesmas Mangasa.

Puskesmas Mangasa melaksanakan pelayanan kesehatan menyeluruh dan terpadu yaitu pengobatan, pencegahan, peningkatan dan pemeliharaan kesehatan dalam beberapa bentuk kegiatan pokok, dimana terdapat 16 kegiatan pokok Puskesmas yaitu :

- a. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
- b. Keluarga Berencana (KB)
- c. Kesehatan Gigi dan Mulut
- d. Kesehatan Lingkungan

- e. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular (P2M)
- f. Pengobatan termasuk Pelayanan Darurat Karena Kecelakaan
- g. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- h. Kesehatan Sekolah
- i. Kesehatan Olahraga
- j. Perawatan Kesehatan Masyarakat (*Community Healthcare Nurse*)
- k. Perawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat (*Community Mental Healthcare Nurse*)
- l. Kesehatan Mata
- m. Laboratorium Sederhana
- n. Pencatatan dan pelaporan dalam rangka sistem informasi kesehatan
- o. Kesehatan Usia Lanjut
- p. Usaha Peningkatan Gizi

Dalam kegiatan Perawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat (*Community Mental Healthcare Nurse*) khususnya, program ini mulai dilaksanakan pada tahun 2010, petugas kesehatan yang bertanggung jawab melaksanakan *homecare* secara rutin setiap bulan kepada seluruh klien yang ada di dalam wilayah kerjanya. Program-program CMHN yang rutin dilaksanakan berupa penyuluhan kesehatan jiwa, deteksi dini gangguan jiwa, pelatihan perawatan klien bagi keluarga, sosialisasi kader dan pemberdayaan klien. Sosialisasi secara langsung kepada masyarakat juga dilaksanakan agar masyarakat dapat menerima klien-klien disekitar mereka, dimana hal ini akan ikut membantu rehabilitasi klien.

B. Hasil Penelitian

Penelitian hubungan dukungan keluarga dengan orientasi realita pada klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa telah dilaksanakan dimulai tanggal 27 Juli sampai 5 September 2015. Responden penelitian berjumlah 20 orang dari klien yang dirawat di wilayah kerja Puskesmas Mangasa Kota Makassar.

1. Analisis Karakteristik Responden

a. Keluarga

Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, agama, dan lamanya merawat anggota keluarga yang sakit. Data karakteristik responden dijabarkan pada tabel sebagai berikut :

1) Umur

Tabel 4.1

Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Umur (thn)	Frekuensi	Presentase (%)
Remaja akhir (17-25)	1	5,0
Dewasa awal (26-35)	4	20,0
Dewasa akhir (36-45)	3	15,0
Lansia awal (46-55)	8	40,0
Lansia akhir (56-70)	4	20,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa distribusi responden yang tertinggi adalah pada kelompok umur lansia awal yaitu 8 (40%) responden dan terendah pada kelompok umur remaja akhir yaitu 1 (5%) responden.

2) Jenis Kelamin

Tabel 4.2

Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
Laki-Laki	6	30,0
Perempuan	14	70,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa distribusi responden lebih banyak pada perempuan yaitu 14 (70%) responden dibanding pada laki-laki yaitu 6 (30%) responden.

3) Pekerjaan

Tabel 4.3

Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Pekerjaan	Frekuensi	Presentase (%)
Pegawai Swasta	1	5,0
Lain-lain	19	95,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.3 menunjukkan bahwa distribusi responden sebagian besar yang dikategorikan dalam jenis lain-lain adalah pekerja tidak tetap yaitu 19 (95%) responden, sedangkan pegawai swasta hanya 1 (5%) responden. Dapat dikatakan bahwa rata-rata responden dalam penelitian ini adalah kelompok ekonomi menengah ke bawah.

4) Tingkat Pendidikan

Tabel 4.4
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan
Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Presentase (%)
SD/ sederajat	7	35,0
SMP/ sederajat	5	25,0
SMA/ sederajat	7	35,0
Sarjana	1	5,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.4 menunjukkan bahwa distribusi responden lebih banyak pada tingkat SD/ sederajat dan SMA/ sederajat yaitu masing-masing 7 (35%) responden, dibandingkan pada tingkat sarjana yaitu 1 (5%) responden.

5) Agama

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi responden dalam penelitian ini mayoritas beragama Islam yaitu 20 (100%) responden.

6) Lama Perawatan

Tabel 4.5
Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Perawatan
Bagi Anggota Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Lama Perawatan	Frekuensi	Presentase (%)
> 1 tahun	20	100,0
< 1 tahun	0	0,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.5 menunjukkan bahwa distribusi responden mayoritas telah merawat anggota keluarga yang sakit lebih dari 1 tahun yaitu 20 (100%) responden.

b. Klien

Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, agama, status pernikahan, diagnosa keperawatan dan faktor penyebab. Data karakteristik responden dijabarkan pada tabel sebagai berikut :

1) Umur

Tabel 4.6
Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Umur Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Umur (thn)	Frekuensi	Presentase (%)
Remaja akhir (17-25)	3	15,0
Dewasa awal (26-35)	8	40,0
Dewasa akhir (36-45)	3	15,0
Lansia awal (46-55)	2	10,0
Lansia akhir (56-70)	4	20,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa distribusi responden yang tertinggi adalah pada kelompok umur dewasa awal yaitu 8 (40%) responden dan terendah pada kelompok umur lansia awal yaitu 2 (10%) responden.

2) Jenis Kelamin

Tabel 4.7
Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Jenis Kelamin Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
Laki-Laki	12	60,0
Perempuan	8	40,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.7 menunjukkan bahwa distribusi responden lebih banyak pada laki-laki yaitu 12 (60%) responden dibanding pada perempuan yaitu 8 (40%) responden.

3) Tingkat Pendidikan

Tabel 4.8

Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Presentase (%)
Tidak Sekolah	2	10,0
SD/ sederajat	9	45,0
SMP/ sederajat	2	10,0
SMA/ sederajat	6	30,0
Sarjana	1	5,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.8 menunjukkan bahwa distribusi responden yang tertinggi adalah pada tingkat SD/ sederajat yaitu 9 (45%) responden dan terendah pada tingkat pendidikan sarjana yaitu 1 (5%) responden.

4) Agama

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas klien dalam penelitian ini beragama Islam yaitu 20 (100%) responden.

5) Status Pernikahan

Tabel 4.9

Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Status Pernikahan Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Agama	Frekuensi	Presentase (%)
Belum Nikah	16	80,0
Pernah Nikah	4	20,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.9 menunjukkan bahwa distribusi responden sebagian besar adalah yang belum menikah yaitu 16 (80%) responden dan pernah nikah yaitu 4 (20%) responden.

6) Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.10

Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Diagnosa Keperawatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Diagnosa Keperawatan	Frekuensi	Presentase (%)
Halusinasi	9	45,0
Waham	2	10,0
Harga Diri Rendah	6	30,0
Isolasi Sosial	3	15,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Sekunder, Agustus 2015

Pada tabel 4.10 menunjukkan bahwa distribusi responden sebagian besar dengan diagnosa keperawatan halusinasi yaitu 9 (45%) responden, dan Harga Diri Rendah sebanyak 6 (30%) responden.

7) Faktor Penyebab

Tabel 4.11

Distribusi Karakteristik Klien Berdasarkan Faktor Penyebab Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Diagnosa Keperawatan	Frekuensi	Presentase (%)
Kehilangan Orang Tua	2	10,0
Kebutuhan Ekonomi	8	40,0
Perceraian	3	15,0
Pekerjaan	6	30,0
Perkawinan	1	5,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Sekunder, Agustus 2015

Pada tabel 4.11 menunjukkan bahwa distribusi responden yang mengalami skizofrenia berdasarkan penyebabnya, terbanyak yaitu 8 (40%) responden karena tuntutan kebutuhan ekonomi, dan paling

sedikit disebabkan karena status perkawinan yaitu 1 (5%) responden.

Status perkawinan yang dimaksud adalah klien belum menikah.

2. Analisis Univariat

a. Dukungan Emosional

Tabel 4.12
Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Emosional Di Wilayah
Kerja Puskesmas Mangasa

Dukungan Emosional	Frekuensi	Presentase (%)
Baik	15	75,0
Kurang Baik	5	25,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.12 menunjukkan bahwa responden yang memiliki dukungan emosional keluarga baik lebih banyak yaitu 15 (75%) responden dan hanya 5 (25%) responden dengan dukungan emosional keluarga yang kurang baik.

b. Dukungan Informasional

Tabel 4.13
Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Informasional Di Wilayah
Kerja Puskesmas Mangasa

Dukungan Informasional	Frekuensi	Presentase (%)
Baik	11	55,0
Kurang Baik	9	45,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.13 menunjukkan bahwa responden yang memiliki dukungan informasional keluarga baik lebih banyak yaitu 11 (55%) responden dibanding responden dengan dukungan informasional keluarga yang kurang baik yaitu 9 (45%) responden.

c. Orientasi Realita

Tabel 4.14
Distribusi Klien Berdasarkan Orientasi Realita Di Wilayah Kerja
Puskesmas Mangasa

Orientasi Realita	Frekuensi	Presentase (%)
Baik	11	55,0
Kurang Baik	9	45,0
Jumlah	20	100,0

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel 4.14 menunjukkan bahwa klien yang memiliki orientasi realita baik lebih banyak yaitu 11 (55%) responden dibandingkan dengan orientasi realita kurang baik yaitu 9 (45%) responden.

3. Analisis Bivariat

Adapun variabel yang akan dianalisis hubungan dan persentasenya adalah sebagai berikut :

a. Hubungan Dukungan Emosional Terhadap Orientasi Realita Klien

Tabel 4.15
Hubungan Dukungan Emosional Terhadap Orientasi Realita Klien Di
Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Dukungan Emosional	Orientasi Realita						<i>p</i>
	Baik		Kurang Baik		Jumlah		
	n	%	N	%	N	%	
Baik	11	55,0	4	20,0	15	75,0	0,008
Kurang Baik	0	0,0	5	25,0	5	25,0	
Jumlah	11	55,0	9	45,0	20	100	

Sumber : Data primer, Agustus 2015

$\alpha = 0,05$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 15 (75%) responden dengan dukungan emosional yang baik, terdapat 11 (55%) responden memiliki orientasi terhadap realita yang baik pula dan terdapat 4 (20%)

responden yang memiliki orientasi terhadap realita yang kurang baik, sedangkan dari 5 (25%) responden dengan dukungan emosional keluarga yang kurang baik, terdapat 5 (25%) responden dengan orientasi realita yang kurang baik, dan tidak terdapat responden yang memiliki orientasi realita yang baik (0%). Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh $p = 0,008$ berarti $p < \alpha (0,05)$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima ini menunjukkan adanya hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan orientasi realita klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa. Nilai kekuatan hubungan sebesar 3,75 berarti $OR > 1$, berarti bahwa semakin baik dukungan emosional akan diperoleh orientasi realita yang baik pula.

b. Hubungan Dukungan Informasional terhadap Orientasi Realita Klien

Tabel 4.16
Hubungan Dukungan Informasional Terhadap Orientasi Realita Klien Di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Dukungan Informasional	Orientasi Realita				Jumlah		<i>p</i>
	Baik		Kurang Baik				
	n	%	N	%	N	%	
Baik	9	45,0	2	10,0	11	55,0	0,022
Kurang Baik	2	10,0	7	35,0	9	45,0	
Jumlah	11	55,0	9	45,0	20	100	

Sumber : Data primer, Agustus 2015

$\alpha = 0,05$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 11 (55%) responden dengan dukungan informasional yang baik, terdapat 9 (45 %) responden memiliki orientasi terhadap realita yang baik pula dan 2 (10%) responden memiliki orientasi terhadap realita yang kurang baik, sedangkan dari 9 (45%) dengan dukungan informasional yang kurang baik, terdapat 7 (35%) responden yang memiliki orientasi realita yang kurang baik dan hanya 2

(10%) responden yang memiliki orientasi realita yang baik. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh $p = 0,022$ berarti $p < \alpha (0,05)$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima ini menunjukkan bahwa adanya hubungan antara dukungan informasional keluarga dengan orientasi realita klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa. Nilai kekuatan hubungan sebesar 4,27 berarti $OR > 1$, berarti bahwa semakin baik dukungan informasional akan diperoleh orientasi realita yang baik pula.

4. Analisis Multivariat

Pada uji multivariat ini dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik dimana variable yang memenuhi syarat nilai signifikansi setelah di uji hubungan dengan variable orientasi realita dibawah 0,25.

Hasil uji ini ditampilkan pada tabel 4.17

Tabel 4.17
Hasil Uji Regresi Logistic Variabel.

	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
Dukungan Emosional	0.999	0.000	0.000	
Dukungan Informasional	0.014	15.750	1.754	141.404
Constant	0.118	0.286		

Sumber : Data Primer, Agustus 2015

Pada tabel ini menjelaskan bahwa variabel yang lebih berpengaruh terhadap orientasi realita klien adalah dukungan informasional yang diberikan oleh keluarga dengan *significancy* 0,014.

C. Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan terhadap 20 responden yang dirawat di wilayah kerja Puskesmas Mangasa, maka diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Hubungan dukungan emosional terhadap orientasi realita klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan emosional keluarga terhadap orientasi realita klien skizofrenia. Didapatkan nilai *significancy* (p) = 0,004 berarti $p < \alpha$ (0,05), dimana semakin baik dukungan emosional maka semakin baik pula orientasi klien terhadap realita, begitupun sebaliknya. Didapatkan bahwa dari 15 (75%) responden dengan dukungan emosional yang baik, terdapat 11 (55%) responden memiliki orientasi terhadap realita yang baik pula dan terdapat 4 (20%) responden yang memiliki orientasi terhadap realita yang kurang baik, sedangkan dari 5 (25%) responden dengan dukungan emosional keluarga yang kurang baik, terdapat 5 (25%) responden dengan orientasi realita yang kurang baik, dan tidak terdapat responden yang memiliki orientasi realita yang baik (0%). Hal ini menunjukkan bahwa dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga belum optimal karena terdapat 4 (20%) responden dengan dukungan emosional baik, namun orientasi realita kurang baik.

Diungkapkan oleh Friedman (1998) dalam Setiadi (2008) bahwa keluarga sebagai pemberi dukungan emosional merupakan sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sariah (2012) bahwa klien yang berasal dari keluarga yang tidak peduli, masa pemulihan dan perawatannya di rumah sakit menjadi lebih panjang serta angka kemungkinan kekambuhan lebih tinggi dibandingkan dengan klien yang berasal dari keluarga dengan kepedulian lebih tinggi.

Menurut analisis peneliti, responden yang mendapatkan dukungan emosional yang baik dari keluarga namun orientasinya terhadap realita kurang baik sehubungan dengan lamanya klien menderita sakitnya. Dari data demografi ditemukan bahwa empat responden tersebut telah mengalami skizofrenia dengan jangka waktu 5 – 10 tahun. Intensitas dan durasi stressor yang dialami oleh klien berpengaruh terhadap kesehatan fisik, kesembuhan dan kembalinya klien pada fungsi normalnya. Selama mekanisme koping tidak efektif untuk beradaptasi terhadap paparan stressor, maka kondisi mental klien akan semakin buruk dan menyebabkan perilaku abnormal dalam kesehariannya seperti kesulitan dalam pekerjaan, gangguan harga diri dan gangguan hubungan dengan lingkungan sekitarnya.

Sehubungan dengan diagnosa penyakit yang diderita oleh klien, keempat klien didiagnosa waham dan isolasi sosial. Menurut Townsend, M.C (1998) dalam Ariani (2013) isolasi sosial merupakan keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang karena orang lain dianggap menyatakan sikap negatif dan mengancam bagi dirinya. Gejala yang dapat diamati pada klien ini adalah tampak menyendiri dalam ruangan, tidak ingin berkomunikasi, tidak mau melakukan kontak mata, merasa pesimis dan selalu berpikir negatif, dan sebagainya. Sedangkan waham merupakan gangguan proses pikir yang

dialami oleh klien akibat dari kurangnya interaksi dengan lingkungan sekitarnya. Selain itu, adanya ideal diri yang ditetapkan oleh klien di alam bawah sadarnya namun tidak mampu untuk dipenuhinya telah memperburuk kondisi yang dialami oleh klien.

Oleh karena itu, pendekatan dan dukungan yang lebih baik dan tepat sangat dibutuhkan dalam perawatan klien tersebut agar mampu pulih dan kembali pada keberfungsian sosialnya.

Sedangkan dukungan emosional yang belum optimal diberikan oleh keluarga sehubungan dengan keterbatasan pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga mengenai pencegahan, perawatan, dan pemulihan klien dari sakit yang diderita. Dimana dari data demografi ditemukan bahwa tingkat pendidikan keluarga sebagian besar berasal dari tingkat SD/ sederajat dan tingkat SMA/ sederajat. Informasi mengenai bentuk perlakuan dan bentuk kepedulian yang harus diberikan menjadi hal yang mutlak untuk diketahui lebih mendalam oleh keluarga. Selain itu, perlu juga bagi keluarga mendapatkan bimbingan untuk melakukan pendekatan yang tepat kepada klien, agar klien mau menerima dan bersifat kooperatif selama perawatannya di rumah. Pendekatan tepat yang dilakukan oleh keluarga akan menumbuhkan rasa saling percaya sehingga bantuan-bantuan emosional yang kemudian diberikan oleh keluarga dapat diterima dengan baik oleh klien. Sehingga akan membantu klien menuju derajat kesehatan yang lebih tinggi.

Dukungan emosional lebih efektif jika pemberi dukungan berjenis kelamin perempuan. Sesuai yang diungkapkan oleh Tannen (1992) dalam Gates, dkk (1999) mengungkapkan bahwa perempuan dan laki-laki

berkomunikasi dalam genderlek yang berbeda, genderlek laki-laki didasarkan pada kemandirian dan status, sedangkan genderlek perempuan didasarkan pada hubungan dan keakraban. Hal ini terlihat dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa 11 (55%) responden yang memiliki dukungan emosional baik dan orientasi realita yang baik berasal dari pemberi dukungan yang lebih banyak berjenis kelamin perempuan.

Keluarga sebagai unit yang paling dekat dengan individu dapat dikatakan pemilik hubungan emosional paling besar, karena sejak bayi dalam kandungan, orang tuanya telah membina hubungan emosional melalui pemberian kasih sayang, selanjutnya pada awal kelahirannya aktifitas menyusui menjadi aktifitas emosional yang membina hubungan erat ibu-anak. Selama masa perkembangannya hingga dewasa, orang tua memiliki kewajiban untuk membina sang anak melalui pendekatan emosional hingga ia dewasa.

Orang tua yang lebih banyak menghabiskan waktu diluar rumah menjadikan ikatan emosional dengan anak berkurang, sehingga tingkat kepedulian pun ikut berkurang. Anak akan merasa diabaikan sehingga muncul dorongan emosi, tekanan-tekanan, dan gangguan perkembangan psikologisnya.

Pentingnya sikap kepedulian ini juga dijelaskan dalam firman Allah swt. Q.S Al-Ma'un (107) :1-3.

أَرَأَيْتَ الَّذِي يُكَذِّبُ بِالدِّينِ ﴿١﴾ فَذَلِكَ الَّذِي يَدْعُ الْيَتِيمَ ﴿٢﴾ وَلَا تَحْضُ
عَلَىٰ طَعَامِ الْمِسْكِينِ ﴿٣﴾

Terjemahnya :

“Tahukah kamu (orang) yang mendustakan agama?. Itulah orang yang menghardik anak yatim, dan tidak menganjurkan memberi makan orang miskin.”

Dalam ayat tersebut diatas dijelaskan bahwa Allah swt. melaknat orang-orang yang tidak mempunyai rasa peduli terhadap sesamanya, dan orang-orang yang berbuat kasar kepada orang lainnya. Ayat ini menjelaskan secara jelas dan tegas bahwa ajaran Islam tidak pernah memisahkan antara ibadah ritual dan ibadah sosial, atau membiarkan urusan tersebut berjalan sendiri-sendiri.

Kata *yadu'u* (يَدُّعُ) bukan hanya berarti menghardik tetapi juga berarti mendorong dengan keras. Kata ini tidak harus dimaknai sebatas dorongan fisik, tetapi juga mencakup segala macam penganiayaan, gangguan dan sikap tidak bersahabat dengan mereka. Ayat ini melarang untuk membiarkan dan meninggalkan mereka dalam kondisi apapun dan dimanapun, termasuk mengabaikan (Shihab, 2006).

Kata *al-yatim* (الْيَتِيمَ) berarti kesendirian. Makna kata ini diperluas sehingga semua orang yang lemah dan membutuhkan pertolongan adalah termasuk kelompok terpinggirkan dalam kesendirian, yang perlu mendapat perhatian. Ayat ini juga menjelaskan betapa perhatian lebih harus diberikan kepada orang yang lemah dan sangat membutuhkan (Shihab, 2006).

2. Hubungan dukungan informasional terhadap orientasi realita klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan informasional keluarga terhadap orientasi realita klien skizofrenia. Didapatkan nilai *significancy* (p) = 0,008 berarti $p < \alpha$

(0,05), dimana semakin baik dukungan informasional maka semakin baik pula orientasi klien terhadap realita, begitupun sebaliknya. Didapatkan bahwa 11 (55%) responden dengan dukungan informasional yang baik, terdapat 9 (45%) responden memiliki orientasi terhadap realita yang baik pula dan 2 (10%) responden memiliki orientasi terhadap realita yang kurang baik, sedangkan dari 9 (45%) dengan dukungan informasional yang kurang baik, terdapat 7 (35%) responden yang memiliki orientasi realita yang kurang baik dan hanya 2 (10%) responden yang memiliki orientasi realita yang baik. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan informasional keluarga lebih optimal terhadap orientasi realita klien skizofrenia.

Menurut analisis peneliti, responden yang berasal dari dukungan informasional baik namun memiliki orientasi realita yang kurang baik dipengaruhi oleh usia klien. Usia klien tergolong dalam kelompok remaja akhir dan dewasa awal, dimana pada kelompok usia ini sangat rentan dengan mekanisme koping yang belum efektif. Timbulnya gangguan jiwa ini dipengaruhi oleh mekanisme koping, faktor lingkungan dan faktor-faktor predisposisi yang berdasar pada kebutuhan dasar manusia, antara lain kebutuhan biologis, aman dan nyaman, cinta dan dicintai, harga diri dan aktualisasi diri.

Selain itu, klien tersebut didiagnosa harga diri rendah. Gangguan konsep diri : harga diri rendah ini merupakan bentuk gangguan dimana penderita merasa tidak nyaman dengan dirinya sendiri akibat tidak terpenuhinya kebutuhan akan penghargaan terhadap diri sendiri yang ditetapkan oleh alam bawah sadarnya. Gejala yang dapat diamati antara lain

klien lebih suka menyendiri, tidak mau mengakui dirinya, dan mengungkapkan perasaan negatif terhadap dirinya sendiri. Hal tersebut juga dipengaruhi oleh coping maladaptif yang dimiliki oleh klien.

Mekanisme coping individu juga bertanggung jawab dalam proses rehabilitasi klien. Oleh karena itu, dukungan informasional bagi klien tersebut perlu lebih ditingkatkan.

Menurut House (1994) dalam Setiadi (2008) dukungan informasional yang diberikan oleh keluarga berupa bantuan informasi yang dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan dan ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan.

Dalam Al-Qur'an juga dijelaskan mengenai pentingnya komunikasi berupa pemberian nasehat atau saran, seperti yang dijelaskan dalam firman Allah swt. Q.S Al-Ashr (103):1-3.

وَالْعَصْرِ ﴿١﴾ إِنَّ الْإِنْسَانَ لِفِي خُسْرٍ ﴿٢﴾ إِلَّا الَّذِينَ ءَامَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ ﴿٣﴾ وَتَوَاصَوْا بِالْحَقِّ وَتَوَاصَوْا بِالصَّبْرِ ﴿٤﴾

Terjemahnya :

“Demi masa. Sesungguhnya manusia itu benar-benar berada dalam kerugian, kecuali orang-orang yang beriman dan mengerjakan amal saleh dan nasehat menasihati supaya mentaati kebenaran dan nasehat menasihati supaya menetapi kesabaran.”

Dalam ayat-ayat tersebut diatas Allah swt. menjelaskan agar seseorang tidak hanya mengandalkan imannya saja tetapi juga amal salehnya, dan saling menasihati dalam jalan kebaikan. Kata *tawaashau* (تَوَاصَوْا) diambil dari kata *washaa* (وَصَّى), *washiiyatan* (وَصِيَّة) yang berarti menyuruh secara baik.

Dalam hal ini berwasiat adalah tampil kepada orang lain dengan kata-kata yang halus agar yang bersangkutan bersedia melakukan sesuatu pekerjaan yang diharapkan dari padanya secara bersinambung (Shihab, 2006).

Kata *al-haq* (لحق) berarti sesuatu yang mantap, tidak berubah. Kata ini merujuk kepada Allah swt. bahwa manusia hendaknya saling ingat-mengingatkan tentang wujud, kuasa dan keesaan Allah swt. serta sifat-sifatNya yang lain (Shihab, 2006).

Secara umum, ayat ini menegaskan kepada kita mengenai pentingnya komunikasi yang baik dengan sesama, agar dapat saling menasehati untuk selalu mengingat kepada Allah swt. Melalui komunikasi kita membantu sesama mendekatkan diri kepada Allah swt. Hati yang jauh dari Allah swt. menjadikan keimanan meredup, sehingga tidak mampu menguasai diri, tanpa arah sehingga mengalami gangguan jiwa (Shihab, 2006).

3. Hubungan yang lebih dominan terhadap orientasi realita pada klien skizofrenia d Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Pada tabel 4.15 melalui hasil uji regresi logistik didapatkan variabel yang lebih dominan berhubungan, yakni dukungan informasional terhadap orientasi realita dengan nilai *exp (B)* 15,75 dan *significancy* 0,014. Dukungan Informasional merupakan dukungan mendasar yang perlu diberikan oleh keluarga, karena dukungan ini dapat membantu klien mengambil keputusan setelah mendapatkan informasi yang dibutuhkannya. Dukungan informasional berupa motivasi yang bersifat positif berdampak dan berhubungan langsung dengan tingkah laku dan kemampuan penerimaan akan hal-hal buruk yang menyimpannya. Motivasi ini dapat diperolehnya dari dalam

diri maupun dari lingkungannya, yaitu keluarga, kerabat, teman dan masyarakat disekitar individu tersebut.

Tannen (1992) dalam Gates, dkk (1999) mengungkapkan bahwa perempuan dan laki-laki berkomunikasi dalam genderlek yang berbeda, genderlek laki-laki didasarkan pada kemandirian dan status, sedangkan genderlek perempuan didasarkan pada hubungan dan keakraban. Sehingga pemberian dukungan informasional berupa komunikasi lebih efektif bagi laki-laki dibanding perempuan. Sehingga untuk klien perempuan dibutuhkan pendekatan yang lebih baik lagi selama pemberian dukungan informasional.

Sementara itu, dukungan emosional tetap diperlukan berdampingan dengan dukungan informasional. Pendekatan kepada klien tidak mudah dilakukan apabila hubungan emosional tidak terjalin diantara keduanya. Klien menjadi lebih mudah marah dan tersinggung jika diberikan nasehat atau pengarahan dari orang-orang disekitarnya yang tidak dapat diterimanya dengan baik atau tidak dipercayainya. Oleh karena itu, meskipun tidak ditujukan untuk pemecahan masalah klien secara langsung, akan tetapi dukungan emosional ini bertanggung jawab untuk memperbaiki suasana hati individu yang akan menjamin mekanisme koping serta penerimaan yang lebih baik.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayati (2012) bahwa dukungan informasional berupa komunikasi mampu memberikan manfaat yang signifikan, karena dengan adanya komunikasi yang baik, maka dukungan apapun mampu tersalurkan melalui informasi-informasi yang diberikan.

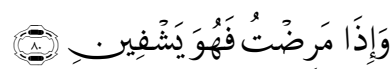
Selain itu, komunikasi menjadi salah satu media penyampaian sugesti. Banyak kasus-kasus yang telah disembuhkan dengan sugesti, sehingga ia menjadi salah satu cara baru untuk pengobatan. Tidak diragukan bahwa cara pengobatan dengan sugesti mempunyai kepentingan besar bagi yang menderita penyakit rendah diri (Alang, 2011).

Menurut Hyoscamina (2011) dalam Hidayah (2015) bahwa untuk menciptakan karakter yang kuat dan jiwa yang baik, di bangun melalui koordinasi dan komunikasi dua arah yang kuat. Dengan komunikasi yang baik, klien menerima sugesti, menumbuhkan motivasi dan membangun kemampuan adaptasi terhadap stressor.

Selain itu, aspek spiritual perlu dilibatkan dalam pemberian dukungan informasional ini, khususnya hubungan manusia dengan Tuhan-Nya karena aspek ini memegang peranan yang besar dalam kehidupan. Klien perlu lebih diingatkan tentang kebesaran Allah swt., keberadaan malaikat, Nabi dan Rasul-Nya, dan Al-Qur'an serta dzikir yang dapat membantu menenangkan perasaan gelisah yang dimiliki oleh klien. Individu yang senantiasa beriman dan bertaqwa kepada Allah swt. akan lebih mudah beradaptasi terhadap stressor.

Al-Qardhawi dalam Alang (2011) berpendapat bahwa pribadi yang religius dan sering mendatangi rumah ibadah menikmati kepribadiannya yang lebih kuat dan baik ketimbang pribadi-pribadi yang tidak beragama, atau tidak menjalankan sama sekali suatu macam ibadah.

Pentingnya penanaman aspek spiritual pada klien ini sebagaimana telah dicatatkan Allah swt. dalam Al-Qur'an, Q.S As-Syuaraa (26):80,



Terjemahnya :

“dan apabila aku sakit, Dialah Yang menyembuhkan aku,”.

Ayat tersebut menerangkan bahwa segala bentuk penyakit yang menimpa manusia, berat atau ringan, fisik atau mental merupakan salah satu keniscayaan hidup manusia. Namun demikian, dalam hal penyembuhannya secara tegas dinyatakan bahwa Yang melakukannya adalah Dia, Tuhan semesta alam (Shihab, 2006).

Berdasar pada keterangan tersebut diatas, maka seyogyanya bagi kita selaku hamba Allah swt. memperkuat keimanan kita, dan mengajak serta para kerabat untuk turut beriman kepada Allah swt. Mempercayai dan meyakini kekuasaan Allah swt. bahwa sesungguhnya yang mampu menyembuhkan mereka yang sakit hanyalah Allah swt. Informasi-informasi ini penting untuk diberikan kepada kerabat-kerabat yang sakit sebagai penanganan aspek spiritualnya. Namun demikian, untuk mencapai kesembuhan ini tetap dibarengi dengan usaha dan doa. Usaha yang dilakukan berupa mengikuti program pengobatan dan rehabilitasi, rajin melakukan konsultasi dengan petugas kesehatan, mengikuti nasehat yang diberikan oleh keluarga dan sebagainya.

Dengan beriman kepada Allah Swt., berarti orang akan menjauhi larangan-Nya, dan melaksanakan apa yang diperintahkan, agar diperoleh keselamatan/kesejahteraan baik di dunia maupun di akhirat kelak. Orang yang beriman adalah orang yang selalu ingat kepada Allah Swt. (*dzikrullah/zikir*), perasaan tenang, aman dan terlindung selalu menyertainya. Dalam menjalani

kehidupan di dunia ini tiada yang perlu ditakutkan selain Allah Swt. karena Allah Swt. selalu memberikan petunjuk, taufik, serta hidayah-Nya; sehingga orang yang beriman itu senantiasa memperoleh bimbingan dan perlindungan-Nya (Hawari, 2007).

4. Kejadian skizofrenia berdasarkan faktor penyebab pada klien skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa.

Hasil penelitian dalam Tabel 4.11 menunjukkan responden yang mengalami skizofrenia berdasarkan penyebabnya, lebih banyak akibat tuntutan kebutuhan ekonomi dan pekerjaan, dibandingkan yang mengalami skizofrenia akibat kebutuhan akan kasih sayang seperti perceraian, kehilangan orang yang disayangi, dan perkawinan.

Teori Sosial mengungkapkan bahwa gangguan jiwa yang dialami oleh individu diakibatkan oleh akumulasi dari banyaknya stressor berupa faktor sosial dan faktor lingkungan yang tidak didukung oleh mekanisme koping yang baik. Stressor sosial yang berpengaruh terhadap keadaan psikologis individu antara lain perceraian dan kebutuhan akan perkawinan, permasalahan ketika menjadi orang tua, kehilangan atau kesulitan mendapatkan pekerjaan, masalah keuangan baik pribadi maupun dalam keluarga, perasaan trauma akibat kehilangan orang yang dicintai dsb.

Kebutuhan paling mendasar dalam kehidupan individu berdasarkan 5 kebutuhan dasar manusia yang diungkapkan oleh Maslow yaitu kebutuhan biologis. Pemenuhan kebutuhan biologis seperti kebutuhan akan nutrisi yang menjamin kelangsungan hidup bagi individu erat kaitannya dengan keadaan ekonomi individu. Dari data demografi ditemukan bahwa status ekonomi

responden adalah kelas menengah ke bawah dengan mata pencaharian sebagai pekerja tidak tetap. Dengan tuntutan lingkungan yang semakin meningkat dari tahun ke tahun akibat pengaruh globalisasi, individu mengalami kesulitan untuk menyesuaikan diri dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya. Hal ini menjadi stressor utama bagi individu.

Salah satu bentuk reaksi terhadap situasi stres yang diungkapkan oleh Stuart and Sundeen (1987) yaitu *withdrawal behaviour* atau perilaku menarik diri, meliputi penarikan diri secara fisik dari ancaman atau reaksi emosi/psikologis seperti mengalah, merasa bersalah dan mengisolasi diri (Idris, 2006).

Kebutuhan selanjutnya yang juga harus terpenuhi untuk keseimbangan pribadi individu yaitu terciptanya rasa aman dan nyaman. Rasa aman dan nyaman ini berupa perasaan terlindungi dari situasi yang dianggap mengancam bagi kelangsungan hidupnya, dapat diperoleh individu dalam keluarga. Sehingga berbagai bentuk dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan oleh klien selama masa perawatannya untuk klien mampu pulih secepatnya pada fungsi normalnya.

Selain itu, kebutuhan akan kasih sayang atau seksualitas juga memegang peranan yang penting bagi status kesehatan individu. Individu yang merupakan makhluk sosial, membutuhkan orang lain untuk berinteraksi dengannya dalam kehidupannya. Individu senantiasa menginginkan orang lain yang akan menemani dan mendampingi, memberinya dukungan dalam menghadapi berbagai macam persoalan yang dihadapinya. Dengan kata lain, setiap individu menginginkan pasangan untuk menjalani kehidupannya.

Sehingga, jika ia mengalami konflik dalam perkawinan yang menyebabkannya bercerai dengan pasangan, individu akan merasa bersalah dan kehilangan. Hal yang sama juga terjadi pada individu yang belum menikah atau belum memiliki pasangan. Individu mengalami krisis harga diri yang berlangsung dalam jangka lama dan mempengaruhi kondisi psikologisnya.

Seksualitas pada manusia bukan fenomena biologis, tetapi merupakan interaksi yang kompleks antara aspek biologis, psikologis dan sosial budaya dan berperan penting terhadap status kesehatan. Ajaran Islam mengatur hubungan seksualitas agar manusia tetap berperadaban, mulia dihadapan sesama mahluk dan kepada Tuhan-Nya (Idris, 2006).

Hal tersebut sesuai dengan yang diungkapkan oleh Phipps (1987) dalam Idris (2006) bahwa stress yang sering dialami oleh individu berupa stress situational dapat terjadi dalam beberapa waktu, misalnya keadaan sakit, perceraian, kehilangan, pekerjaan baru, perubahan peran, dsb. Kapasitas fisik dan psikososial untuk memecahkan masalah dengan tuntutan situasi tergantung pada tingkat kematangan atau maturasi dan support system yang tersedia.

Jelaslah bahwa mekanisme koping individu sangat dipengaruhi oleh usia individu itu sendiri, usia yang belum cukup matur jika menghadapi tuntutan yang cukup berat akan menghasilkan bentuk adaptasi yang negatif. Stres yang berlangsung lama dan berkepanjangan ini memperburuk kondisi individu jika tidak didukung oleh lingkungan, seperti keluarga dan teman dekat, dan aspek spiritual yang adekuat. Aspek spiritual ini terutama adalah

keimanan dan ketaqwaan kepada Allah swt. Mempercayai dan meyakini bahwa Allah swt. akan memberikan ketenangan hati dan jiwa pada pribadi-pribadi yang beriman hanya kepada-Nya. Berdzikir dan membaca Al-Qur'an juga memberikan manfaat positif bagi keadaan psikologis individu. Hal ini merupakan bentuk meditasi untuk mendekatkan diri kepada Allah swt.



BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian yang berkaitan dengan hubungan dukungan keluarga dengan orientasi realita klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa dihadapkan pada keterbatasan-keterbatasan penelitian. Hasil ini dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Terdapat hubungan dukungan emosional dengan orientasi realita pada klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa
2. Terdapat hubungan dukungan informasional dengan orientasi realita pada klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa
3. Dukungan informasional keluarga lebih bermakna dibandingkan dukungan emosional keluarga terhadap orientasi realita pada klien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Mangasa
4. Faktor yang dominan berpengaruh terhadap kejadian skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa yaitu tuntutan kebutuhan ekonomi dan pekerjaan.

B. Saran

1. Praktek Keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat perlu melibatkan keluarga dan lebih banyak memberikan informasi-informasi yang dibutuhkan oleh keluarga tentang skizofrenia dan cara-cara perawatan yang dilakukan oleh keluarga untuk mempercepat proses rehabilitasi klien. Perlu bagi perawat untuk belajar dan mengajarkan kepada keluarga teknik-teknik

pendekatan dan komunikasi dengan klien. Selain itu juga, perawat perlu meningkatkan pemberian dukungan dari aspek spiritual kepada klien dan juga meningkatkan pelayanan keperawatan komunitas yang telah ada.

2. Keluarga

Diharapkan keluarga untuk lebih aktif mencari informasi mengenai perawatan klien selama di rumah, senantiasa mengaplikasikan penanganan yang telah diajarkan, mengoptimalkan pemberian dukungan, serta selalu mengingatkan klien untuk mendekatkan diri kepada Allah swt. melalui dzikir dan ibadah. Diharapkan juga keluarga meningkatkan frekuensi komunikasi dengan klien.

3. Pendidikan Keperawatan

Menjadi bahan masukan untuk perkuliahan agar mempersiapkan mahasiswa untuk melibatkan anggota keluarga dan masyarakat dalam memberikan asuhan keperawatan serta mengoptimalkan pemberian pendidikan spiritual kepada mahasiswa.

4. Penelitian Selanjutnya

Disarankan untuk penelitian lebih lanjut dengan metode studi kasus dan jangka waktu penelitian yang lebih lama agar didapatkan hasil yang lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Qur'an.

Ahmad, Aspar. "*Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Proses Rehabilitasi Klien dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan*". Skripsi. Makassar : Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin. 2012.

Alang, M. Sattu. *Kesehatan Mental Dan Terapi Islam*. Makassar : PPIM IAIN Alauddin. 2011.

Ali, Muhammad. "*Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan*". Skripsi. Makassar : Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin. 2014.

Ariani, T.A. *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta : Salemba Medika. 2013.

Asmadi. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC. 2008.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. "*Riset Kesehatan Dasar : Riskesdas 2013*". http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Riskesda2013.PDF . Diakses tanggal 21 Juni 2015, pukul 09:37 WITA. 2013.

Baharudin. *Paradigma Psikologi Islami; Studi tentang Elemen Psikologi dalam al-Qur'an*, cet. I. Yogyakarta : Pustaka Pelajar. 2004.

Bastaman, T.K. dkk. *Leksikon : Istilah Kesehatan Jiwa Edisi 2*. Jakarta : EGC. 2003.

Copel, L.C. *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri : Pedoman Klinis Perawat, Edisi 2*. Jakarta : EGC. 2007.

Dahlan, M.S. *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan : Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS Edisi 5* . Jakarta : Salemba Medika. 2013.

Departemen Agama Republik Indonesia. *Al-Quran dan Terjemahnya*. 2008.

Erawati, E.E, Budi Anna Keliat. "*The Family Support for Schizophrenia Patients On Community a Case Study*" *European Psychiatry, Volume 30 Supplement 1, 28-31 March 2015, Pages 917*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933815307161>. Diakses tanggal 29 Juni 2015, pukul 08:45 WITA. 2015.

Gates, Robert. J, dkk. *Komunikasi Interpersonal Dalam Keperawatan, Teori dan Praktik ; editor, alih bahasa Susi Purwoko ; editor Bahasa Indonesia Setiawan*. Jakarta : EGC. 1999.

Ginsberg, Lionel. *Lecture Notes : Neurology, Eight Edition*. Jakarta : Erlangga. 2005.

- Hall, J., et al. "*Hippocampal Function in Schizophrenia and Bipolar Disorder*" Division of Psychiatry, University of Edinburgh, Royal Edinburgh Hospital, Edinburgh, UK and Clinical Translational Medicine, Wyeth Research, Collegeville, PA, USA. http://journals.cambridge.org/abstract_S0033291709991000. Diakses tanggal 22 Mei 2015, pukul 18:38 WITA. 2009.
- Hastono, S.P. *Analisis Data*. Jakarta : Pustaka Fakultas Kesehatan Masyarakat-UI. 2001.
- Hawari, H. Dadang. *Konsep Hawari Dalam Memelihara Kesehatan Jiwa*. Diakses pada 22 Mei 2015. 2007.
- _____. *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta : Balai Penerbit FK-UI. 2008.
- Herdaetha, Adriesti. "*Keefektifan Terapi Remediasi Kognitif dengan Bantuan Komputer Terhadap Disfungsi Kognitif Pasien Skizofrenia Kronis di Panti Rehabilitasi Budi Makarti Boyolali*". Tesis. Surakarta : Universitas Sebelas Maret. 2009.
- Hidayah, Nur, dkk. *Perawatan Holistik pada Anak dalam Perspektif Islam*. Makassar : Andira Publisher. 2015.
- Hidayati, Silvy Nur. "*Dukungan Keluarga Pada Proses Pemulihan Mantan Skizofrenia Katatonik*". Skripsi. Surabaya : Institut Agama Islam Negeri Sunan Ampel. 2012.
- Idris, Hj.Wahbah, dkk. *Buku Daras Kebutuhan Dasar Manusia I*. Makassar : Alauddin Press. 2006
- _____. *Buku Daras Kebutuhan Dasar Manusia II*. Makassar : Alauddin Press. 2006
- Ingram, LM. *Psikiatri : Catatan Kuliah*. Jakarta : EGC. 1993.
- Maslim, R. "*Gejala Depresi, Diagnosa Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*". Jakarta : Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya. 2002.
- Nursalam. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. 2008.
- Nursia. "*Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Sulawesi Selatan*". Skripsi. Makassar : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin. 2011.
- Rahayu, U.B. "*Gambaran Perkembangan Otak Pasca Stroke Setelah Dilakukan Aktivasi Otak*" Prosiding Seminar Nasional. Food Habit and Degenerative Disease. 2010.
- Riyadh, Sa'ad. *Jiwa Dalam Bimbingan Rasulullah*. Jakarta : Gema Insani Press. 2007.

- Rochmawati, D.H., dkk. *"Manajemen Kasus Spesialis Jiwa Defisit Perawatan Diri pada Klien Gangguan Jiwa di RW 02 dan RW 12 Kelurahan Baranangsiang Kecamatan Bogor Timur"*, Program Spesialis Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. 2013.
- Ruiz, Juan Carlos, et al. *"Intellectual functioning and memory deficits in schizophrenia"* Comprehensive Psychiatry, Department of Methodology, Facultad de Psicología, University of Valencia, Valencia, Spain. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X06001362>. Diakses tanggal 22 April 2015, pukul 18:16 WTA. 2007.
- Shihab, M.Q. *Tafsir Al-Misbah*. Jakarta : Lentera Hati. 2006.
- Sariah, Adellah. *"Factors Influencing relapse Among Patients with Schizophrenia in Muhimbili National Hospital : The Perspective of Patients and Their Caregivers"* Msc Nursing (Mental Health) Dissertasion. Muhimbili University of Health and Allied Sciences. 2012.
- Setiadi. *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Graha Ilmu. 2008.
- Steven, P.J.M. *Ilmu Keperawatan Jilid 2*, Alih Bahasa : Monica Ester. Jakarta : EGC. 1999.
- Stuart, G.W. *Buku Saku Keperawatan Jiwa, Ed.5*. Jakarta : EGC. 2006.
- Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV Alfabeta. 2009.
- _____. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung : CV Alfabeta. 2009.
- Suliswati, dkk. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC. 2005.
- Tomb, David. A. *Buku Saku Psikiatri Edisi 6*, Alih Bahasa : Martina Wiwie S.Nasrun ...et.al. Jakarta : EGC. 2003.
- World Health Organization. *Schizophrenia*. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>. Diakses tanggal 27 Juni 2015, pukul 20:40 WITA. 2014.
- Yosep, Iyus. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT. Refika Aditama. 2007.
- Yurisa, Wella. *Etika Penelitian Kesehatan*. Riau : University of Riau. 2008.

Lampiran 1

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Orientasi Realita Pada Klien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa

Peneliti : Nurrahmayani
NIM : 70300112023

Saya adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan jurusan Ilmu Keperawatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar yang melakukan penelitian dengan tujuan untuk Mengetahui Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Orientasi Realita Pada Klien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Mangasa.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini adalah bersifat sukarela dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Apabila saudara bersedia menjadi responden dalam penelitian ini maka saudara akan diberi formulir persetujuan menjadi responden untuk ditandatangani sebagai lembar persetujuan.

Peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan data yang responden berikan. Informasi yang responden berikan akan saya simpan sebaik mungkin dan apabila dalam pemberian informasi ada yang kurang dimengerti maka responden dapat menanyakannya kepada peneliti.

Terima kasih atas partisipasi saudara/i dalam penelitian ini.

Makassar, 2015

Peneliti

Responden

(Nurrahmayani)

()

KUISIONER PENELITIAN

**DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEMAMPUAN ORIENTASI REALITA KLIEN
DENGAN SKIZOFRENIA**

No. Responden :

Hari/ Tanggal :

I. Kuisioner Data Demografi

Petunjuk pengisian :

Bapak/Ibu/Saudara(i) diharapkan :

- a. Menjawab setiap pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda checklist (✓) pada tempat yang tersedia
- b. Setiap pernyataan harus dijawab
- c. Tiap satu pernyataan diisi dengan satu jawaban
- d. Bila ada data yang kurang dimengerti dapat ditanyakan pada peneliti

1. Umur : tahun

2. Jenis Kelamin :

() Laki-laki () Perempuan

3. Hubungan keluarga dengan pasien :

() Ayah () Ibu () Kakak () Adik

() Lain-lain, sebutkan

4. Status :

() Menikah () Belum Menikah () Janda/Duda

5. Agama :

() Islam () Protestan () Katolik () Hindu

() Buddha () Lain-lain, sebutkan

6. Tingkat Pendidikan :

() Tidak Sekolah () SMA/ sederajat

() SD/ sederajat () Sarjana

() SMP/ sederajat

7. Pekerjaan :

() Pegawai Negeri () Lain-lain, sebutkan

() Pegawai Swasta

8. Penghasilan :

() < Rp. 1.000.000 perbulan

() Rp. 1.000.000 - Rp.1.500.000 perbulan

() > Rp. 1.500.000 perbulan

9. Lama Anggota Keluarga menderita gangguan jiwa :

() < 1 tahun () > 1 tahun

II. Kuisioner Dukungan Keluarga

1. Dukungan Emosional

Petunjuk Pengisian :

- a. Bacalah pernyataan ini dengan baik, kemudian berilah tanda checklist (✓) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi yang Bapak/Ibu/saudara(i) alami
- b. Jawablah pernyataan-pernyataan dibawah ini dengan sejujurnya dan peneliti menjamin kerahasiaan atas jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara(i) berikan
- c. Tiap pernyataan diisi dengan satu jawaban

NO	PENYATAAN	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1	Keluarga datang membesuk anggota keluarga yang sakit secara rutin				

2	Keluarga mendampingi pasien dalam pengobatan dan perawatan				
3	Keluarga berusaha memberikan perasaan nyaman kepada pasien				
4	Keluarga memberikan perasaan saling memiliki dan dicintai kepada pasien				
5	Keluarga memperhatikan kebutuhan sehari-hari pasien				
6	Keluarga berusaha meningkatkan rasa percaya diri pasien selama perawatan				

2. Dukungan Informasional

Petunjuk Pengisian :

- Bacalah pernyataan ini dengan baik, kemudian berilah tanda checklist (✓) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi yang Bapak/Ibu/saudara(i) alami
- Jawablah pernyataan-pernyataan dibawah ini dengan sejujurnya dan peneliti menjamin kerahasiaan atas jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara(i) berikan
- Tiap pernyataan diisi dengan satu jawaban

NO	PENYATAAN	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1	Keluarga mengingatkan pasien untuk minum obat secara teratur				

2	Keluarga memberikan informasi kepada pasien yang dibutuhkan selama pengobatan				
3	Keluarga mengingatkan pasien untuk selalu mengingat Tuhan				
4	Keluarga menyarankan pasien untuk selalu berdoa untuk kesembuhannya				
5	Keluarga membantu klien mengingat realita kehidupannya				

KUISIONER PENILAIAN
KEMAMPUAN ORIENTASI KLIEN DENGAN SKIZOFRENIA

I. Data Klien

Petunjuk pengisian :

- a. Menjawab setiap pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda checklist (✓) pada tempat yang tersedia
- b. Setiap pernyataan harus dijawab
- c. Tiap satu pernyataan diisi dengan satu jawaban

- 1) Inisial Klien :
- 2) Umur :
- 3) Jenis Kelamin :
() Laki-Laki () Perempuan
- 4) Tingkat Pendidikan :
() Tidak Sekolah () SMA/ sederajat
() SD/ sederajat () Sarjana
() SMP/ sederajat
- 5) Status Perkawinan :
() Menikah () Belum Menikah () Janda/Duda
- 6) Agama :
() Islam () Protestan () Katolik () Hindu
() Buddha () Lain-lain, sebutkan
- 7) Lama perawatan : tahun bulan

II. Kuisioner Penilaian

Petunjuk pengisian :

- a. Menjawab setiap pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda checklist (✓) pada tempat yang tersedia
- b. Setiap pernyataan harus dijawab
- c. Tiap satu pernyataan diisi dengan satu jawaban

1) Kemampuan Mengenal Orang

No	Aspek Yang Dinilai	YA	TIDAK
1	Klien dapat menyebutkan nama ayah/ibunya		
2	Klien dapat menyebutkan nama saudaranya		
3	Klien dapat menyebutkan hobi saudaranya		

2) Kemampuan Mengenal Tempat

No	Aspek Yang Dinilai	YA	TIDAK
1	Klien dapat menyebutkan letak kamarnya		
2	Klien dapat menyebutkan letak rumahnya		
3	Klien dapat menyebutkan letak kamar mandi atau WC		
4	Klien dapat menyebutkan nama desa/kecamatan/kabupaten tempat tinggalnya		

3) Kemampuan Mengenal Waktu

No	Aspek Yang Dinilai	YA	TIDAK
1	Klien dapat menyebutkan jam		
2	Klien dapat menyebutkan hari		
3	Klien dapat menyebutkan tanggal		
4	Klien dapat menyebutkan bulan		
5	Klien dapat menyebutkan tahun		



Lampiran 7

Analisis Karakteristik

Responden Keluarga

Sex

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
L	6	30,0	30,0	30,0
Valid P	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sex	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Sex	Mean	1,70	,105
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,48
		Upper Bound	1,92
	5% Trimmed Mean	1,72	
	Median	2,00	
	Variance	,221	
	Std. Deviation	,470	
	Minimum	1	
	Maximum	2	
	Range	1	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	-,945	,512
	Kurtosis	-1,242	,992

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.

Sex	,438	20	,000	,580	20	,000
-----	------	----	------	------	----	------

a. Lilliefors Significance Correction

Umur					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remaja Akhir	1	5,0	5,0	5,0
	Dewasa Awal	4	20,0	20,0	25,0
	Dewasa Akhir	3	15,0	15,0	40,0
	Lansia Awal	8	40,0	40,0	80,0
	Lansia Akhir	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Descriptives			Statistic	Std. Error
Umur	Mean		3,50	,267
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,94	
		Upper Bound	4,06	
	5% Trimmed Mean		3,56	
	Median		4,00	
	Variance		1,421	
	Std. Deviation		1,192	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-,518	,512
	Kurtosis		-,668	,992

Tests of Normality		
	Kolmogorov-Smirnov ^a	Shapiro-Wilk

	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Umur	,263	20	,001	,887	20	,024

a. Lilliefors Significance Correction

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pegawai Swasta	1	5,0	5,0	5,0
Valid Lain-Lain	19	95,0	95,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Pekerjaan	Mean	2,95	,050
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,85
		Upper Bound	3,05
	5% Trimmed Mean	3,00	
	Median	3,00	
	Variance	,050	
	Std. Deviation	,224	
	Minimum	2	
	Maximum	3	
	Range	1	
	Interquartile Range	0	
	Skewness	-4,472	,512
	Kurtosis	20,000	,992

Tests of Normality

Kolmogorov-Smirnov ^a	Shapiro-Wilk
---------------------------------	--------------

	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pekerjaan	,538	20	,000	,236	20	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	20	100,0	100,0	100,0

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD/ sederajat	7	35,0	35,0	35,0
SMP/ sederajat	5	25,0	25,0	60,0
Valid SMA/ sederajat	7	35,0	35,0	95,0
Sarjana	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Pendidikan	Mean	3,10	,216
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,65
		Upper Bound	3,55
	5% Trimmed Mean	3,06	
	Median	3,00	
	Variance	,937	
	Std. Deviation	,968	
	Minimum	2	
	Maximum	5	

Range	3	
Interquartile Range	2	
Skewness	,170	,512
Kurtosis	-1,245	,992

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pendidikan	,224	20	,010	,841	20	,004

a. Lilliefors Significance Correction

Time

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >1 tahun	20	100,0	100,0	100,0

Klien

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Remaja Akhir	3	15,0	15,0	15,0
Dewasa Awal	8	40,0	40,0	55,0
Dewasa Akhir	3	15,0	15,0	70,0
Lansia Awal	2	10,0	10,0	80,0
Lansia Akhir	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Descriptives

	Statistic	Std. Error
--	-----------	------------

Umur	Mean	2,80	,313
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,15
		Upper Bound	3,45
	5% Trimmed Mean	2,78	
	Median	2,00	
	Variance	1,958	
	Std. Deviation	1,399	
	Minimum	1	
	Maximum	5	
	Range	4	
	Interquartile Range	2	
	Skewness	,523	,512
	Kurtosis	-1,040	,992

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Umur	,266	20	,001	,857	20	,007

a. Lilliefors Significance Correction

Sex

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Laki-Laki	12	60,0	60,0	60,0
Valid Perempuan	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sex	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Sex	Mean	1,40	,112
	95% Confidence Interval for Mean Lower Bound	1,16	

	Upper Bound	1,64	
5% Trimmed Mean		1,39	
Median		1,00	
Variance		,253	
Std. Deviation		,503	
Minimum		1	
Maximum		2	
Range		1	
Interquartile Range		1	
Skewness		,442	,512
Kurtosis		-2,018	,992

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sex	,387	20	,000	,626	20	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sekolah	2	10,0	10,0	10,0
SD/ sederajat	9	45,0	45,0	55,0
SMP/ sederajat	2	10,0	10,0	65,0
SMA/ sederajat	6	30,0	30,0	95,0
Sarjana	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Pendidikan	Mean		2,75	,260
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,21	
		Upper Bound	3,29	
	5% Trimmed Mean		2,72	
	Median		2,00	
	Variance		1,355	
	Std. Deviation		1,164	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,320	,512
	Kurtosis		-1,105	,992

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pendidikan	,290	20	,000	,861	20	,008

a. Lilliefors Significance Correction

Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	20	100,0	100,0	100,0

StatusNikah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum Menikah	16	80,0	80,0	80,0
Valid Pernah Menikah	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
StatusNikah	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
StatusNikah	Mean	2,20	,092
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,01
		Upper Bound	2,39
	5% Trimmed Mean	2,17	
	Median	2,00	
	Variance	,168	
	Std. Deviation	,410	
	Minimum	2	
	Maximum	3	
	Range	1	
	Interquartile Range	0	
	Skewness	1,624	,512
	Kurtosis	,699	,992

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
StatusNikah	,487	20	,000	,495	20	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Penyebab

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kehilangan Orang Tua	2	10,0	10,0	10,0
	Kebutuhan Ekonomi	8	40,0	40,0	50,0
	Perceraian	3	15,0	15,0	65,0
	Pekerjaan	6	30,0	30,0	95,0
	Perkawinan	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyebab	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Penyebab	Mean		2,80	,258
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,26	
		Upper Bound	3,34	
	5% Trimmed Mean		2,78	
	Median		2,50	
	Variance		1,326	
	Std. Deviation		1,152	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,202	,512
	Kurtosis		-1,069	,992

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Penyebab	,256	20	,001	,885	20	,022

a. Lilliefors Significance Correction

Diagnosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Halusinasi	8	40,0	40,0	40,0
	Waham	2	10,0	10,0	50,0
	Harga Diri Rendah	7	35,0	35,0	85,0

Isolasi Sosial	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Diagnosa	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Diagnosa	Mean		2,25	,260
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,71	
		Upper Bound	2,79	
	5% Trimmed Mean		2,22	
	Median		2,50	
	Variance		1,355	
	Std. Deviation		1,164	
	Minimum		1	
	Maximum		4	
	Range		3	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		,125	,512
	Kurtosis		-1,577	,992

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Diagnosa	,259	20	,001	,813	20	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Lampiran 8

Univariat

Statistics

		Emosional	Orientasi
N	Valid	20	20
	Missing	0	0

Emosional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	5	25,0	25,0	25,0
	Baik	15	75,0	75,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Orientasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	9	45,0	45,0	45,0
	Baik	11	55,0	55,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Orientasi	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Emosional	Kurang Baik	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
	Baik	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%

Descriptives^a

			Orientasi	Statistic	Std. Error
Emosional	Kurang Baik	Mean		1,44	,176

		Lower Bound	1,04	
95% Confidence Interval for Mean		Upper Bound	1,85	
5% Trimmed Mean			1,44	
Median			1,00	
Variance			,278	
Std. Deviation			,527	
Minimum			1	
Maximum			2	
Range			1	
Interquartile Range			1	
Skewness			,271	,717
Kurtosis			-2,571	1,400

a. Emosional is constant when Orientasi = Baik. It has been omitted.

Tests of Normality^b

	Orientasi	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Emosional	Kurang Baik	,356	9	,002	,655	9	,000

a. Lilliefors Significance Correction

b. Emosional is constant when Orientasi = Baik. It has been omitted.

Bivariat

Case Processing Summary

	Orientasi	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Emosional	Kurang Baik	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
	Baik	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%

Descriptives^a

Orientasi		Statistic	Std. Error
Emosional	Mean	1,44	,176
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 1,04	
		Upper Bound 1,85	
	5% Trimmed Mean	1,44	
	Median	1,00	
	Variance	,278	
	Std. Deviation	,527	
	Minimum	1	
	Maximum	2	
	Range	1	
	Interquartile Range	1	
	Skewness	,271	,717
	Kurtosis	-2,571	1,400
	Kurang Baik		

a. Emosional is constant when Orientasi = Baik. It has been omitted.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Emosional * Orientasi	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Emosional * Orientasi Crosstabulation

			Orientasi		Total
			Kurang Baik	Baik	
Emosional	Kurang Baik	Count	5	0	5

Baik	Expected Count	2,3	2,8	5,0
	Count	4	11	15
	Expected Count	6,8	8,3	15,0
	Count	9	11	20
	Expected Count	9,0	11,0	20,0
Total				

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,148 ^a	1	,004	,008	,008
Continuity Correction ^b	5,455	1	,020		
Likelihood Ratio	10,128	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	7,741	1	,005		
N of Valid Cases	20				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,25.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,638	,004
	Cramer's V	,638	,004
	Contingency Coefficient	,538	,004
N of Valid Cases		20	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Orientasi = Kurang Baik	3,750	1,620	8,679
N of Valid Cases	20		

Univariate

Statistics

		Informasional	Orientasi
N	Valid	20	20
	Missing	0	0

Informasional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kurang Baik	9	45,0	45,0	45,0
Valid Baik	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Orientasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kurang Baik	9	45,0	45,0	45,0
Valid Baik	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Orientasi	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Informasional	Kurang Baik	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
	Baik	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
 M A K A S S A R

Descriptives

	Orientasi	Statistic	Std. Error
Informasional	Mean	1,22	,147
	95% Confidence Interval for Lower Bound	,88	
	Mean Upper Bound	1,56	
	5% Trimmed Mean	1,19	
	Median	1,00	

Baik	Variance		,194	
	Std. Deviation		,441	
	Minimum		1	
	Maximum		2	
	Range		1	
	Interquartile Range		1	
	Skewness	1,620		,717
	Kurtosis	,735		1,400
	Mean	1,82		,122
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,55	
		Upper Bound	2,09	
	5% Trimmed Mean		1,85	
	Median		2,00	
	Variance		,164	
	Std. Deviation		,405	
	Minimum		1	
	Maximum		2	
	Range		1	
	Interquartile Range		0	
	Skewness	-1,923		,661
	Kurtosis	2,037		1,279

Tests of Normality

	Orientasi	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Informasional	Kurang Baik	,471	9	,000	,536	9	,000
	Baik	,492	11	,000	,486	11	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Bivariat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Informasional * Orientasi	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Informasional * Orientasi Crosstabulation

			Orientasi		Total
			Kurang Baik	Baik	
Informasional	Kurang Baik	Count	7	2	9
		Expected Count	4,1	5,0	9,0
	Baik	Count	2	9	11
		Expected Count	5,0	6,1	11,0
Total		Count	9	11	20
		Expected Count	9,0	11,0	20,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,103 ^a	1	,008	,022	,012
Continuity Correction ^b	4,900	1	,027		
Likelihood Ratio	7,560	1	,006		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,748	1	,009		
N of Valid Cases	20				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,05.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,596	,008
	Cramer's V	,596	,008
	Contingency Coefficient	,512	,008
N of Valid Cases		20	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Informasional (Kurang Baik / Baik)	15,750	1,754	141,404
For cohort Orientasi = Kurang Baik	4,278	1,164	15,717

For cohort Orientasi = Baik	,272	,078	,951
N of Valid Cases	20		



Multivariat

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	20	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	20	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		20	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

	Observed	Predicted		
		Orientasi		Percentage Correct
		Kurang Baik	Baik	
Step 0	Kurang Baik	0	9	,0
	Baik	0	11	100,0
	Overall Percentage			55,0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	,201	,449	,199	1	,655	1,222

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables	Emosional(1)	1	,004
	Informasional(1)	1	,008
	Overall Statistics	2	,004

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	14,294	2	,001
	Block	14,294	2	,001
	Model	14,294	2	,001

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	13,232 ^a	,511	,683

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	,000	2	1,000

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a	Emosional(1)	-21,885	16553,596	,000	1	,999	,000	.
	Informasional(1)	2,603	1,394	3,484	1	,062	,878	207,624
	Constant	-,405	,913	,197	1	,657	,667	

a. Variable(s) entered on step 1: Emosional, Informasional.

Classification Table^{a,b}

	Observed		Predicted		
			Orientasi1		Percentage Correct
			Kurang Baik	Baik	
Step 0	Orientasi1	Kurang Baik	0	9	,0
		Baik	0	11	100,0

Overall Percentage			55,0
--------------------	--	--	------

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	,201	,449	,199	1	,655	1,222

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables Informasional1	7,103	1	,008
Overall Statistics	7,103	1	,008

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	7,560	1	,006
Block	7,560	1	,006
Model	7,560	1	,006

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	19,966 ^a	,315	,421

a. Estimation terminated at iteration number 4 because

parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

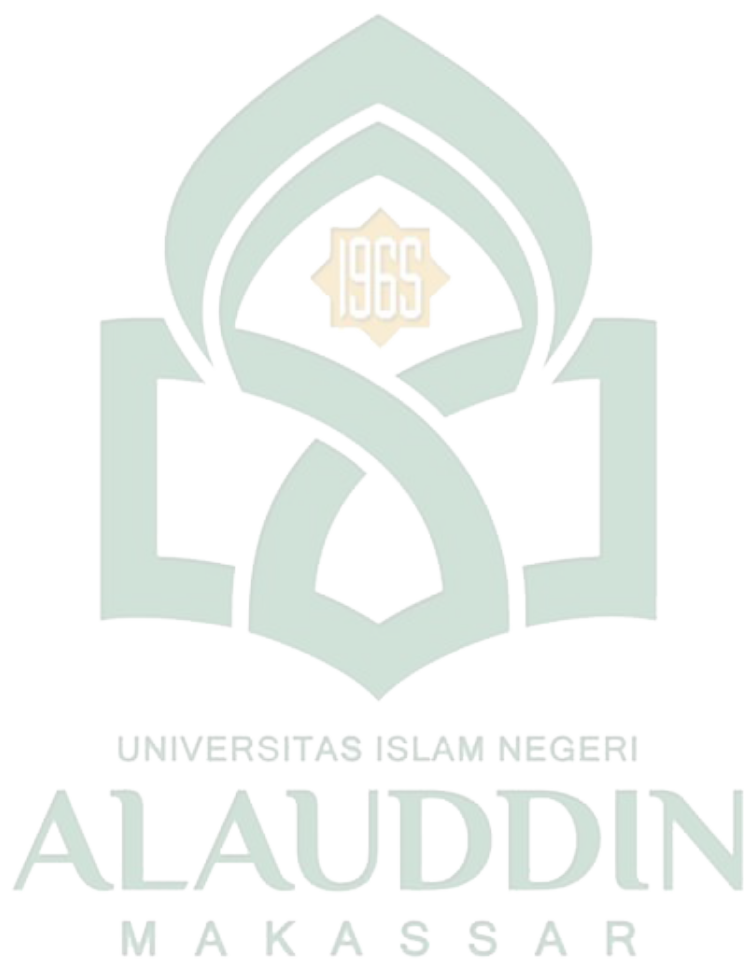
	Observed	Predicted		
		Orientasi1		Percentage Correct
		Kurang Baik	Baik	
Step 1	Kurang Baik	7	2	77,8
	Baik	2	9	81,8
	Overall Percentage			80,0

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
Informasional1	2,757	1,120	6,061	1	,014	15,750	1,754	141,404
Constant	-1,253	,802	2,441	1	,118	,286		

a. Variable(s) entered on step 1: Informasional1.



Lampiran 9

Uji Validitas Instrumen

Dukungan Keluarga

		Correlations						
		Emosional1	Emosional2	Emosional3	Emosional4	Emosional5	Emosional6	Total1
Emosional1	Pearson Correlation	1	,591**	,605**	,355	,625**	,679**	,772**
	Sig. (1-tailed)		,003	,002	,063	,002	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20
Emosional2	Pearson Correlation	,591**	1	,589**	,788**	,591**	,669**	,765**
	Sig. (1-tailed)	,003		,003	,000	,003	,001	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20
Emosional3	Pearson Correlation	,605**	,589**	1	,669**	,725**	,904**	,879**
	Sig. (1-tailed)	,002	,003		,001	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20
Emosional4	Pearson Correlation	,355	,788**	,669**	1	,591**	,616**	,716**
	Sig. (1-tailed)	,063	,000	,001		,003	,002	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20
Emosional5	Pearson Correlation	,625**	,591**	,725**	,591**	1	,679**	,840**
	Sig. (1-tailed)	,002	,003	,000	,003		,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20
Emosional6	Pearson Correlation	,679**	,669**	,904**	,616**	,679**	1	,941**
	Sig. (1-tailed)	,000	,001	,000	,002	,000		,000
	N	20	20	20	20	20	20	20
Total1	Pearson Correlation	,772**	,765**	,879**	,716**	,840**	,941**	1
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	20	20	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

		Informasional1	Informasional2	Informasional3	Informasional4	Informasional5	Total2
Informasional1	Pearson Correlation	1	,552**	,515*	,440*	,679**	,788**
	Sig. (1-tailed)		,006	,010	,026	,001	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Informasional2	Pearson Correlation	,552**	1	,590**	,813**	,693**	,772**
	Sig. (1-tailed)	,006		,003	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Informasional3	Pearson Correlation	,515*	,590**	1	,554**	,871**	,886**
	Sig. (1-tailed)	,010	,003		,006	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Informasional4	Pearson Correlation	,440*	,813**	,554**	1	,572**	,605**
	Sig. (1-tailed)	,026	,000	,006		,004	,002
	N	20	20	20	20	20	20
Informasional5	Pearson Correlation	,679**	,693**	,871**	,572**	1	,921**
	Sig. (1-tailed)	,001	,000	,000	,004		,000
	N	20	20	20	20	20	20
Total2	Pearson Correlation	,788**	,772**	,886**	,605**	,921**	1
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,002	,000	
	N	20	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Orientasi Realita

Correlations

		Orang1	Orang2	Orang3	Total3
Orang1	Pearson Correlation	1	,685**	,424*	,769**
	Sig. (1-tailed)		,000	,031	,000
	N	20	20	20	20
Orang2	Pearson Correlation	,685**	1	,471*	,782**
	Sig. (1-tailed)	,000		,018	,000
	N	20	20	20	20
Orang3	Pearson Correlation	,424*	,471*	1	,770**
	Sig. (1-tailed)	,031	,018		,000
	N	20	20	20	20
Total3	Pearson Correlation	,769**	,782**	,770**	1
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	
	N	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Correlations

		Tempat1	Tempat2	Tempat3	Tempat4	Total4
Tempat1	Pearson Correlation	1	,579**	,685**	,599**	,881**
	Sig. (1-tailed)		,004	,000	,003	,000
	N	20	20	20	20	20
Tempat2	Pearson Correlation	,579**	1	,435*	,480*	,759**
	Sig. (1-tailed)	,004		,028	,016	,000
	N	20	20	20	20	20
Tempat3	Pearson Correlation	,685**	,435*	1	,538**	,817**
	Sig. (1-tailed)	,000	,028		,007	,000
	N	20	20	20	20	20
Tempat4	Pearson Correlation	,599**	,480*	,538**	1	,804**
	Sig. (1-tailed)	,003	,016	,007		,000
	N	20	20	20	20	20
Total4	Pearson Correlation	,881**	,759**	,817**	,804**	1
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Correlations

		Waktu1	Waktu2	Waktu3	Waktu4	Waktu5	Total5
Waktu1	Pearson Correlation	1	,394*	,698**	,287	,739**	,741**
	Sig. (1-tailed)		,043	,000	,110	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Waktu2	Pearson Correlation	,394*	1	,698**	,903**	,739**	,886**
	Sig. (1-tailed)	,043		,000	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Waktu3	Pearson Correlation	,698**	,698**	1	,583**	,667**	,865**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000		,003	,001	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Waktu4	Pearson Correlation	,287	,903**	,583**	1	,667**	,816**
	Sig. (1-tailed)	,110	,000	,003		,001	,000
	N	20	20	20	20	20	20
Waktu5	Pearson Correlation	,739**	,739**	,667**	,667**	1	,905**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,001	,001		,000
	N	20	20	20	20	20	20
Total5	Pearson Correlation	,741**	,886**	,865**	,816**	,905**	1
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	20	20	20	20	20	20

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Lampiran 10

Reliabilitas Instrumen

Dukungan Keluarga

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,945	,947	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Emosional1	28,000	36,632	,657	,898	,944
Emosional2	27,950	35,839	,718	,917	,942
Emosional3	28,150	34,871	,870	,941	,936
Emosional4	28,050	36,050	,690	,936	,943
Emosional5	28,000	35,684	,788	,697	,939
Emosional6	28,250	34,197	,895	,931	,935
Informasional1	28,150	34,661	,720	,829	,942
Informasional2	28,400	35,095	,825	,895	,938
Informasional3	28,250	34,829	,729	,806	,941
Informasional4	28,350	34,555	,670	,900	,945
Informasional5	28,450	33,418	,850	,877	,936

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
31,000	42,211	6,4970	11

Orientasi Realita

Case Processing Summary

	N	%
Valid	20	100,0
Cases Excluded ^a	0	,0
Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,941	,940	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Orang1	16,850	18,555	,573	.	,941
Orang2	16,900	17,463	,832	.	,932
Orang3	17,250	18,618	,625	.	,939
Tempat1	16,900	17,989	,696	.	,937
Tempat2	16,800	18,274	,676	.	,937
Tempat3	16,850	17,924	,735	.	,935
Tempat4	17,150	18,029	,708	.	,936
Waktu1	16,950	18,155	,643	.	,939
Waktu2	16,950	17,418	,829	.	,932

Waktu3	16,900	17,463	,832	.	,932
Waktu4	16,900	17,779	,750	.	,935
Waktu5	17,100	17,358	,860	.	,931

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
18,500	21,211	4,6055	12





**KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Kampus II: Jl. Sultan Alauddin No.36 Samata_gowa Telp. (0411)841879 Fax (0411) 8222400

Nomor : FIK/PP.00.9/2150/2015
Sifat :
Hal : **Permohonan Izin Pengambilan Data Awal**

Samata, 01 Juni 2015

**Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar
Di
Makassar**

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyusunan proposal penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan semester VI (Enam) Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, yang tersebut dibawah ini:

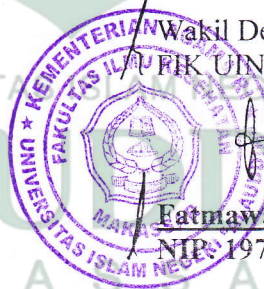
Nama : Nurrahmayani
NIM : 70300112023
Judul : Hubungan dukungan keluarga dengan orientasi realita pada klien skizofrenia di wilayah kerja puskesmas Mangasa

Maka kami mohon bantuan Bapak/Ibu agar mahasiswi kami tersebut dapat mengambil data awal untuk penelitian pada instansi Bapak/Ibu.

Demikian harapan kami, atas bantuan dan kerjasama baiknya disampaikan terima kasih.

Wassalam,

Wakil Dekan Bidang Akademik
FIK UIN Alauddin Makassar



Fatmawaty Mallappiang, SKM, M. Kes
NIP. 19710124 199403 2 004



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Kampus II : Jl. Sultan Alauddin No. 36 Samata Sungguminasa-Gowa Telp. (0411)841879 Fax. 0411 8221400

Samata – Gowa, 09 Juli 2015

Lamp : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian
Nomor : FIK/PP.00.9/ kep/2590/2015

Kepada Yth.
Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan
Cq. Kepala UPT P2T, BKMD Provinsi Sulawesi Selatan

di-
Makassar

Assalamualaikum wr wb

Sehubungan dengan penyelesaian skripsi mahasiswa program studi keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar maka kami mohon berkenan Bapak /Ibu untuk memberi izin mahasiswa yang tersebut di bawah ini guna melakukan penelitian :

Nama : Nurrahmayani
NIM : 70300112023
Alamat : Jl.Tamangapa III Per.Pesona Prima Griya Blok M2 No.30
Waktu Penelitian : 21 juli – 5 September 2015
Program studi : Keperawatan
Judul penelitian : Hubungan dukungan keluarga dengan orientasi relita klien skizofrenia di Wilayah kerja puskesmas Mangasa
Dosen Pembimbing : 1. Eny Sutria, S.Kep.Ns, M.Kes
2. Maria Ulfa Azhar, S.Kep,Ns

Demikian Harapan Kami Atas Perhatian Dan Kerja samanya Kami sampaikan terima kasih

A.n. Dekan,
Wakil Dekan Bidang Akademik


Fatmawaty Mallapiang, SKM.,M.Kes.
NIP. 19710124 199403 2 004



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
Unit Pelaksana Teknis – Pelayanan Perizinan Terpadu
Jln. Bougenville No. 5 Telp (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
MAKASSAR 90222

Makassar, 08 Juli 2015

Kepada

Nomor : **10775 /P2T-BKPM/19.36P/VII/07/2015**

Lampiran : -

Yth. Walikota Makassar

Perihal : **Izin Penelitian**

di-

Makassar

Berdasarkan surat Dekan Fak. Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar Nomor : FIK/PP.00.9/Kep/2599/2015 tanggal 06 Juli 2015 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini :

N a m a : **Nurrahmayani**
Nomor Pokok : **703001121023**
Program Studi : **Keperawatan**
Pekerjaan : **Mahasiswa**
Alamat : **Jl. Slt Alauddin No. 63, Makassar**

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :


“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN ORIENTASI RELITA KLIEN SKIZORFENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANGASA”

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 21 Juli s/d 05 September 2015

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan seperlunya.

a.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
PIK KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL
DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



H. IRMAN YASIN LIMPO, SH.

Pangkat : **Pembina Utama Madya, IV/d**

NIP : **19670824 199403 1 008**

TEMBUSAN : Kepada Yth :

1. Dekan Fak. Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar di Makassar;
2. **Pertinggal**



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111

Telp +62411 – 3615867 Fax +62411 – 3615867

Email : Kesbang@makassar.go.id Home page : <http://www.makassar.go.id>



Makassar, 27 Juli 2015

Kepada

Yth. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA MAKASSAR

Di -

MAKASSAR

Nomor : 070 / 2875 -II/BKBP/VII/2015
Sifat :
Perihal : Izin Penelitian

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 10775/P2T-BKPM/19.36P/VII/07/2015, Tanggal 08 Juli 2015, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa :

Nama : **Nurrahmayani**
NIM / Jurusan : 703001121023/ Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Slt Alauddin No.63, Makassar
Judul : **"HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN ORIENTASI RELITA KLIEN SKIZORFENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANGASA"**

Bermaksud mengadakan **Penelitian** pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka **Penyusunan Skripsi** sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **27 Juli s/d 05 September 2015**.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat **menyetujui** dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.

A.n.WALIKOTA MAKASSAR

KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
Ub. KABID. HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA



Drs. AKHMAD NAMSUM, MM.

Pangkat : Penata

NIP : 19670524 200604 1 004

Tembusan :

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Prop. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Unit Pelaksana Teknis P2T Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Prop. Sul Sel di Makassar;
3. Dekan Fak. Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar di Makassar;
4. Mahasiswa yang bersangkutan;
5. Arsip



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR

DINAS KESEHATAN

Jl. Teduh Bersinar No. 1 Telp. (0411) 881549 Fax (0411) 887710 Makassar 90221
email: dinkeskotamakassar@yahoo.co.id home page: dinkeskotamakassar.net



Nomor : 440/ **1584** /PSDK/VII/2015
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Kepada yth,
Kepala Puskesmas Mangasa
Di
Tempat

Sehubungan dengan surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Kesatuan Politik No. 070/2875 -II/BKBP/VI/2015, Tanggal, 27 Juli 2015, perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada saudara bahwa :

Nama : **NURRAHMAYANI**
Nim/Jurusan : 703001121023 / KEPERAWATAN
Instansi : MAHASISWA
Judul : **“HUBUNGAN DENGAN KELUARGA DENGAN ORIENTASI RELITA KLIEN SKIZORFENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANGASA”**

Akan melaksanakan penelitian di wilayah kerja saudara dalam rangka “Penyusunan skripsi” sesuai dengan judul diatas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **27 Juli s/d 05 September 2015**. Oleh karena itu, mohon kiranya dapat diberikan bantuan seperlunya.

Demikian disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Makassar, 28 Juli 2015

Kepala Dinas Kesehatan
Kota Makassar



Dr. H. A. Naisyah, T. Azikin M. Kes
Pangkat : Pembina Utama Muda
NIP. 19601014 198902 001

Tembusan:
1. Yang bersangkutan
2. Peninggal



DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR PUSKESMAS MANGASA

Jl. Monumen Emmy Saelan Komp BTN II Mangasa Telp.(0411) 883-339
MAKASSAR



SURAT REKOMENDASI

Nomor : // / PKM.MGS / I / 2016

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : **dr.Nurhayati Musada,DPDK**
N I P : 19621210.199001.2.001
Pangkat/Golongan : Pembina Muda Tk.I / IVb
Jabatan : Kepala Puskesmas Mangasa

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya :

N a m a : **Nurrahmayani**
Nim/ : 703001121023 / Keperawatn
Instansi : UIN Makassar
Judul : **“ Hubungan Dukungan Keluarga dengan Orientasi Relita Klin Skizorfeni di Wilayah Puskesmas Mangasa Kota Makassar “**

Benar telah melaksanakan Penelitian diwilayah Kerja Puskesmas Mangasa sejak Tanggal, **27 Juli s/d 05 September 2015**, dalam melaksanakan Tugas Penelitian di Puskesmas Mangasa yang bersangkutan telah menunjukkan tugas, loyalitas dan dedikasi serta tanggungjawab yang baik. Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk proses lebih lanjut..

Makassar, 26 Januari 2016

Kepala Puskesmas Mangasa



dr.Nurhayati Musada,DPDK
NIP.19621210.199001.2.001

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Nurrahmayani, lahir pada tanggal 26 September 1994, di Batu-Batu, Kel.Manorang Salo, Kec.Marioriawa, Kab.Soppeng.

Penulis merupakan anak dari pasangan Arsyad, S.Pd., M.Si dan Ruwaenah, S.Pd., M.Si. Penulis mulai menempuh pendidikan formal pada tahun 2000 di SD Negeri 49 Paria.

Kemudian memasuki kelas 4 SD penulis berpindah ke SD Negeri 47 Lamarung, untuk melanjutkan sekolah pada kelas 4 SD sampai tahun 2006. Kemudian pada tahun yang sama penulis melanjutkan studi ke SMP Negeri 1 Marioriawa dan tamat pada tahun 2009. Di tahun yang sama penulis melanjutkan sekolah ke SMA Negeri 1 Marioriawa dan tamat tahun 2012. Di tahun yang sama penulis melanjutkan pendidikan ke Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar pada tahun 2012, penulis berhasil lulus dan terdaftar sebagai mahasiswa Jurusan Keperawatan pada Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. Semasa kuliah penulis aktif dalam beberapa organisasi internal kampus, antara lain anggota Divisi Penelitian dan Pengembangan pada Himpunan Mahasiswa Jurusan Keperawatan periode 2014-2015, anggota Divisi Kesekretariatan pada Unit Kegiatan Mahasiswa (UKM) Lembaga Dakwah Kampus (LDK) Al-Jami' periode 2014-2015.